



BRINCAR, ARTE DE FAZER SONHAR! RELAÇÃO DE AMOR ENTRE PAIS E FILHOS

Relatório de Estágio apresentado para obtenção de Grau de Mestre
na área de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

MARIA DE FÁTIMA RODRIGUES GONÇALVES

ORIENTADORA:

MESTRE REGINA FERREIRA

CO-ORIENTADORA:

MESTRE LURDES TORCATO

2015

FEVEREIRO

«- O essencial é invisível para os olhos – repetiu o príncipezinho, para depois se lembrar.

- O tempo que gastaste com a tua rosa é que a fez ser tão importante.»

Saint- Exupéry

DEDICATÓRIA

A todas as crianças no geral e aos meus filhos Daniela e Rafael em particular

AGRADECIMENTOS

Aos professores que orientaram a realização deste trabalho

A toda a família que ajudou nesta longa e difícil jornada

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

f. – Folha

Fig- Figura

n. – Número

p. – Página

PICO –População, intervenção, comparação e outcomes (resultados)

SAPE – Sistema aplicativo para a Prática de Enfermagem

v. – Volume

RESUMO

A dinâmica familiar tem vindo a alterar-se deixando cada vez menos tempo livre para que pais e filhos interajam.

Efetuiu-se uma revisão sistemática de literatura para encontrar a resposta à questão “Que resultados, ao nível da interação, advêm da intervenção do enfermeiro na promoção da brincadeira entre pais e filhos?”.

Os resultados encontrados demonstraram que a relação lúdica entre pais e filhos poderia iniciar-se com diferentes objetivos mas que os resultados passariam pela promoção da relação, da comunicação e do desenvolvimento físico, cognitivo, da linguagem, e emocional e social.

O enfermeiro ao promover a relação lúdica entre pais e filhos está a desenvolver uma competência específica do enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, que é prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, maximizando o potencial do desenvolvimento infantil.

Palavras-chave: enfermagem, relação pais-filhos e brincar.

ABSTRACT

The family dynamics has changed, leaving increasingly less time for parents and children to interact.

A systematic review of literature took place to find the reply to the question “. What role does the nurse have when promoting play between children and parents “.

The results have shown that the playful relationship between parents and children could be initiated with different objectives but that these results would pass through the promotion of the relationship, the communication and the physical, cognitive, of the language, emotional and social development.

When the nurse promote the playful relationship between parents and children, she/he is developing a specific ability related to Specialization of Nursing of Child and the Youth, Health and is giving specific care in reply to the necessities of the cycle of life and development of the child and the youth maximizing the potential of the infants development.

Key- words: Nurs*; parent child relation; play and playthings

ÍNDICE

	f .
INTRODUÇÃO	20
1 - CONCEPTUALIZAÇÃO TEÓRICA	22
2 - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO II	34
2.1 - A ASSISTÊNCIA À CRIANÇA/JOVEM COM A FAMILIA	34
2.2 - O CUIDADO À CRIANÇA/JOVEM COM A FAMILIA NAS SITUAÇÕES DE ESPECIAL COMPLEXIDADE	40
2.3 - OS CUIDADOS COMPLEXOS E ESPECIALIZADOS EM RESPOSTA ÀS NECESSIDADES DO CICLO DE VIDA E DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E DO JOVEM	45
3 - METODOLOGIA: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	48
4 - ANÁLISE DAS EVIDÊNCIAS	52
5 - CONCLUSÃO	66
6 - BIBLIOGRAFIA	70
Anexos	78
Anexo I – Projeto de estágio	80
Anexo II - Formulário aplicado aos pais e aos filhos para explorar características da atividade lúdica desenvolvida em casa	132
Anexo III -Folheto informativo “Brincar, arte de fazer sonhar- Relação de amor entre pais e filhos”	138
Anexo IV - Conteúdos da sessão de educação para a saúde, efetuada a enfermeiros	142
Anexo V – Trabalho sobre “Estímulo ao desenvolvimento do bebé”	164
Anexo VI – Guia orientador para pais “Como estimular o seu bebé”	190
Anexo VII – Resumo do artigo “Effects of a Father-Based In-Home Intervention on Perceived Stress and Family Dynamics in Parents of Children with Autism”	196
Anexo VIII - Resumo do artigo “Parent/Grandparent-Child Interactions and their Influence on Child Development”	204
Anexo IX- Resumo do artigo “Books, Toys, Parent-Child Interaction, and Development in Young Latino Children”	216

ÍNDICE DE QUADROS

	f.
Quadro nº 1 - Protocolo de revisão sistemática segundo a metodologia PI(C)O	49
Quadro nº 2 - Opções de pesquisa e respectivos expansores e limitadores	49
Quadro nº 3 - Número de artigos resultantes da pesquisa, utilizando as bases de dados, para cada palavra-chave	50
Quadro nº 4 - Número de artigos resultantes do cruzamento das palavras - chave, utilizando as bases de dados	50
Quadro nº 5 - Número de artigos resultantes da pesquisa utilizando as palavras-chave	50
Quadro nº 6 - Resumo do artigo “Effects of a Father-Based In-Home Intervention on Perceived Stress and Family Dynamics in Parents of Children With Autism”	198
Quadro nº 7 - Resumo do artigo “Parent/Grandparent-Child Interactions and their Influence on Child Development”	206
Quadro nº 8 - Resumo do artigo “Books, Toys, Parent-Child Interaction, and Development in Young Latino Children”	218

ÍNDICE DE FIGURAS

Fig nº 1 -	Modelo de Apreciação da Saúde da Criança (Tomey e Alligood, 2004, p.547 citando Sumner e Spietz)	f. 26
------------	--	-------

INTRODUÇÃO

Este relatório surge no contexto do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Reporta-se à fase do ensino clínico II que decorreu em cuidados de saúde diferenciados, nomeadamente nas unidades de Cirurgia/Medicina Pediátrica, Neonatologia e Urgência Pediátrica, no período de 28 de Outubro de 2013 a 14 de Março de 2014.

Para guiar a ação desenvolvida na prática clínica foi construído um projeto individual que previa a mobilização de conhecimentos relacionados com as metodologias de investigação, a formação e a gestão no âmbito da prestação de cuidados especializados. Neste projeto incluíram-se atividades direcionadas para uma temática de interesse particular da autora que passa pela **promoção da atividade lúdica entre pais e filhos**.

A ideia desta temática surgiu da prática da autora que desenvolve atividades numa unidade de internamento pediátrico. Constatou que apesar de os pais acompanharem os filhos durante o internamento, muitas vezes, a interação entre eles é muito limitada, distraíndo-se cada um com um instrumento tecnológico, estando presentes fisicamente, mas parecendo emocionalmente ausentes. Também Hintz (2001, p. 12) constatou a mesma realidade referindo que “A mesma tecnologia que deve ser utilizada como instrumento para facilitar e melhorar a qualidade de vida, pode causar dificuldades no relacionamento entre pais e filhos”.

A sociedade sofreu mudanças significativas recentemente, verificando-se uma inversão de papéis e valores, a saída da mulher do lar para o mercado de trabalho e um avanço tecnológico muito rápido ditando transformações a nível da família, mas também ao nível da criança. As mudanças tecnológicas e sociais (em termos de segurança) alteraram o tipo de brincadeiras, pois as crianças deixaram de brincar na rua, jogar à bola, andar de bicicleta e passaram a jogar jogos de computador isoladas em casa.

Borges (2008, p. 122) refere que “A correria é a notória característica do cotidiano atual e a sua principal consequência é a individualização nas relações sociais com o estreitamento do diálogo entre as pessoas.” Decorrente deste facto muito pouco tempo sobra aos pais e filhos para estabelecerem uma relação de qualidade e, no fundo, se conhecerem.

Segundo Borges (2008, p.122)

... a interação entre pais e filhos, por meio do brincar e da brincadeira, é oportunidade ímpar de tecer conhecimentos pois permite o repassar de experiências reconhecidas como senso comum e importantes como forma de mediatizar e acrescentar pontos de vista que merecem ser discutidos

A brincadeira surge neste contexto como uma forma de interação que para além de fomentar uma relação de confiança e amor também promove o desenvolvimento da criança.

Este relatório resulta de um percurso formativo que envolveu a escola, os seus professores, os conteúdos partilhados, as estratégias e metodologias utilizadas quer no ensino teórico quer no ensino clínico, bem como os conhecimentos e experiências aprendidos e partilhados com os enfermeiros no campo clínico, mas também de um processo auto formativo.

O objetivo deste relatório é descrever, fundamentar e analisar as aprendizagens feitas ao longo do estágio, para aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, refletindo a mobilização de uma revisão sistemática de literatura e a reflexão sobre a prática clínica desenvolvida numa perspetiva de enfermagem avançada.

O relatório é composto por quatro capítulos: a fundamentação teórica explora os conceitos relevantes para a temática em estudo; as atividades desenvolvidas e contexto de estágio II são descritas e analisadas; relata-se a metodologia utilizada para encontrar evidências científicas; e, por fim, faz-se a análise das evidências, tendo por base a fundamentação teórica, as atividades desenvolvidas e a informação contida nos artigos encontrados.

1- CONCEPTUALIZAÇÃO TEÓRICA

O ensino clínico permitiu o desenvolvimento de competências definidas para o enfermeiro especialista de saúde da Criança e do Jovem. De entre todas as atividades, a mais satisfatória, foi sem dúvida, a que implicou o desenvolvimento de estratégias para trabalhar um tema de interesse pessoal - “o brincar”, que tinha como objetivo a promoção da atividade lúdica entre os pais e a criança.

A pesquisa efetuada para explorar e fundamentar o referido tema baseou-se em bibliografia existente que levava a concluir que o desenvolvimento de uma relação lúdica entre pais e filhos traria benefícios mútuos (Borges, 2008; Zuccolotto, 2009; Poletto, 2005). A experiência decorrente da prática também conduziu à mesma conclusão, pois após a implementação de atividades direcionadas para a temática percebeu-se que os pais, as crianças e inclusive os enfermeiros ficaram sensibilizados para a importância do estabelecimento de uma relação lúdica entre os pais e as crianças.

A reflexão sobre este facto permitiu chegar a algumas conclusões importantes mas para aprofundar os conhecimentos sentiu-se a necessidade de encontrar bibliografia de cariz científico, proporcionando-se assim numa oportunidade para, a partir desta situação particular, tentar obter uma evidência, ou seja, tornar real a prática baseada na evidência.

A resposta a uma questão clínica pode ser procurada em muitas fontes de informação, mas o local de onde esta se obtém tem que ser fidedigno para que a decisão clínica seja sustentada pelas melhores evidências disponíveis na atualidade (Bernardo, Nobre e Jatene, 2004). Desta forma pode-se aspirar a que os cuidados prestados atinjam o nível de excelência

Para Sackett *et al.* (2000), a Prática Baseada na Evidência pode-se definir como o uso consciente, explícito e criterioso da melhor e mais atual evidência de pesquisa na tomada de decisões clínicas sobre o cuidado ao utente.

A pesquisa de dados científicos é a forma mais correta para que qualquer profissional se mantenha a par das atualizações ao nível da saúde, mas para tal há que ter em atenção que apenas uma evidência pode não ser suficiente para esclarecer uma determinada questão de pesquisa e que é importante que a mesma seja o mais possível atualizada no tempo.

“Uma revisão sistemática, assim como outros tipos de estudo de revisão, é uma forma de pesquisa que utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema” (Sampaio e Mancini, 2007, p.84).

O processo de elaboração de um estudo de revisão sistemática é constituído por várias etapas. A primeira consiste na conceptualização dos conceitos que emergem da prática relacionada com o objeto de estudo, e que servirão de suporte teórico para os estudos, análise e reflexões, sobre os dados e/ou informações recolhidas.

Atendendo a que o objeto de estudo é a promoção do brincar entre pais e filhos, os conceitos que emergiram foram: **enfermagem, pais, criança, brincar e brincar entre pais e filhos**.

O primeiro conceito foi a **enfermagem**. Esta é uma profissão centrada em interações onde cada pessoa, por vivenciar um projeto de saúde, se torna singular, única e indivisível num momento único de cuidado. De acordo com Collière (1999), desde o início da história da Humanidade que o cuidar é um imperativo no sentido de garantir a continuidade da vida, do grupo e da espécie. Ao longo dos tempos o cuidar esteve implícito ao “Ser humano” inserido numa comunidade.

A Ordem dos Enfermeiros (2001) indica que “...o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades)”. Amendoeira (2003, p.45) mencionando Meleis, complementa que “...as interações enfermeiro/cliente, são organizadas em torno de um objetivo (démarche clínica, resolução de problemas, avaliação holística) e o enfermeiro usa alguma ação (terapêutica em cuidados de enfermagem), para melhorar, facilitar ou promover a saúde”

“A teoria de enfermagem é um grupo de conceitos relacionados que sugerem acções para conduzir a prática” (Alligood e Marriner, 2002, p.225). Estas teorias, de acordo com Potter e Perry (2006) servem para descrever, explicar, diagnosticar e/ou prescrever medidas referentes ao cuidado de enfermagem.

De entre as várias teorias de enfermagem formuladas uma das que mais se adequa ao tema da relação lúdica entre pais e filhos, é a de Katryn E. Barnard e a sua Teoria de Interação da Apreciação da Saúde da Criança já que, segundo Tomey e Alligood (2004, p.546):

Desenvolveu instrumentos de apreciação para avaliar a saúde, o crescimento e o desenvolvimento da criança, ao mesmo tempo que vê os pais e a criança como sistema interativo. Barnard declarou que o sistema do prestador de cuidados/criança era influenciado pelas características individuais de cada membro e que as características do individuo também foram modificadas para satisfazer as necessidades do sistema. Ela define modificação como comportamento adaptável.

Barnard descreveu em 1966 os principais pressupostos:

- Enfermagem é "...o diagnóstico e tratamento das respostas humanas aos problemas de saúde" (Tomey e Alligood, 2004, p.547 citando Barnard, 1982). Refere que em relação aos cuidados centrados na família, o objetivo é "...assistir as famílias no fornecimento de condições que promovam o crescimento e desenvolvimento dos membros individuais" (Tomey e Alligood, 2004, p.547 citando Thomas, Barnard e Sumner, 1993).

- Pessoa tem "... a capacidade para tomar parte numa interacção à qual ambas as partes da díade trazem qualidades, competências e respostas que afectam a interacção." O termo pessoa inclui os bebés, as crianças e os adultos (Tomey e Alligood,2004, p.547 citando Sumner e Spietz, 1994).

- Saúde é "... um estado de ser dinâmico no qual o potencial de desenvolvimento e de comportamento de um indivíduo é concretizado até à máxima extensão possível.... (Tomey e Alligood, 2004, p.547 citando a American Nurses Association, 1980). Barnard também se preocupou com a família durante os períodos de bem-estar, fazendo notar que um indivíduo ou família pode necessitar de diversos graus de assistência para receber informações sobre questões de saúde ou para receber informação antecipatória para melhorar ou manter a mesma (Tomey e Alligood, 2004, p.547 citando a American Nurses Association, 1980).

- Ambiente é um aspeto essencial da teoria de Barnard, referindo que "...na essência, o ambiente inclui todas as experiências enfrentadas pelas crianças, pessoas, objetos, locais, sons, sensações visuais e tácteis" (Tomey e Alligood,, 2004, p.548, citando Barnard e Eyres, 1979).

Segundo Tomey e Alligood (2004) Barnard (1979) e a sua equipa descobriram que qualquer plano de apreciação de saúde da criança tem de "olhar para além da criança, para as transações entre a criança e os seus ambientes sociais e físicos" (Tomey e Alligood, 2004, p.545, citando Sumner e Spietz, 1994).

Barnard (1979) segundo Tomey e Alligood (2004) desenvolveu instrumentos para apreciar e avaliar a interacção entre o prestador de cuidados e a criança, sendo um dos mais relevantes o manual de ensino de interacção entre o prestador de cuidados/pais e a criança.

A Teoria de Interação de Apreciação da Saúde da Criança, de Barnard baseia-se em 10 postulados, segundo Tomey e Alligood (2004):

1 – Identificar os problemas antes de se desenvolverem e quando a intervenção seria mais eficaz;

2 – Os fatores socio-ambientais são importantes na interacção prestador de cuidados/criança;

3 – Observações breves dos momentos de interacção entre o prestador de cuidados/criança podem dar a conhecer as expetativas e as experiências da díade;

4 – O desempenho da prestação de cuidados do adulto está relacionado com as suas próprias características e competência no que diz respeito à prestação de cuidados, com as características da criança e do ambiente;

5 – A interação modifica tanto o comportamento do prestador de cuidados como o da criança;

6 – O processo de adaptação do prestador de cuidados ao bebé e vice-versa, é mais modificável do que as características básicas de cada um. “Por isso, na intervenção, o profissional deve dar o seu apoio à forma como os prestadores de cuidados reagem às suas crianças em vez de tentarem mudar as características fundamentais dos prestadores de cuidados”;

7 – Uma forma de promover a aprendizagem é responder e trabalhar sobre os comportamentos iniciados pela criança e reforçar a tentativa das crianças experimentarem coisas novas;

8 – É importante promover um ambiente de aprendizagem inicial positivo, estabelecendo-se uma relação de educação;

9 – A apreciação do ambiente social da criança, incluindo a qualidade da interação prestador de cuidados/criança, é importante em qualquer modelo alargado de cuidados de saúde à criança;

10 – O ambiente físico da criança também é importante.

O modelo de Interação da Apreciação da Saúde da Criança de Barnard foi desenvolvido para ilustrar a teoria de Barnard, demonstrando-a através de um diagrama (Tomey e Alligood, 2004, p.547, citando Sumner e Spietz, 1994).

Neste modelo, o círculo mais pequeno representa a criança e as suas características importantes, o prestador de cuidados e as suas características estão representadas no círculo médio, e o ambiente, que diz respeito tanto ao da criança como ao do prestador de cuidados, está representado no círculo maior (Tomey e Alligood, 2004, p.547 citando Sumner e Spietz, 1994). A área em que se entrecruzam os três conceitos representa um processo de interação crucial entre mãe-criança-ambiente, que é a base de sustentabilidade da teoria de Barnard (Tomey e Alligood, 2004).

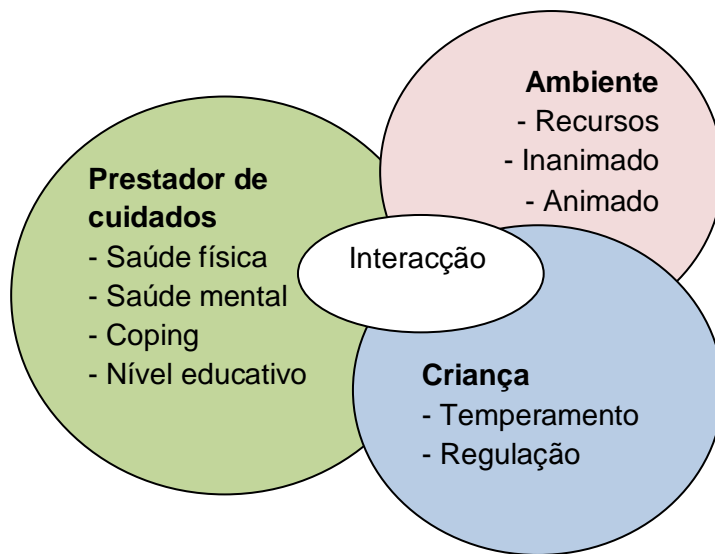


Fig nº 1: Modelo de Apreciação da Saúde da Criança (Tomey e Alligood, 2004, p.547 citando Sumner e Spietz, 1994)

Na prática as escalas de Barnard “são usadas para examinar e planejar intervenções individualizadas com as famílias (...) também dão resultados mensuráveis tanto ao prestador de cuidados como à criança e formam uma apreciação e uma base contínuas para a avaliação (...) são usadas na maior parte dos serviços de saúde pública dos Estados Unidos e foram introduzidas em muitos países...” (Tomey e Alligood, 2004, p. 549, citando Barnard, 2000).

A enfermagem enquanto ciência que cuida de pessoas, tem na sua preocupação a unidade funcional da família. Esta representa o espaço privilegiado para a aprendizagem de dimensões significativas da relação: os contactos corporais, a linguagem, a comunicação e as relações interpessoais (Alarcão, 2006). Ainda segundo o mesmo autor, é na família e na interação entre os seus membros que se desenvolve o sentido de filiação e de pertença familiar. É também no seio da família que se desenvolve o subsistema parental, que se constitui, habitualmente pelos pais e pelos filhos (Alarcão, 2006).

Para Cruz (2005, p.13), a parentalidade é:

O conjunto de acções encetadas pelas figuras parentais (pais ou substitutos) junto dos seus filhos no sentido de promover o seu desenvolvimento da forma mais plena possível, utilizando para talos recursos de que dispões dentro da família e, fora dela, na comunidade.

Alves (2002, p. 37) define pai como:

Alguém que, por causa do filho, tem sua vida inteira mudada de forma inexorável. Isso não é verdadeiro do pai biológico. É fácil demais ser pai biológico. Pai biológico não

precisa ter alma. Um pai biológico se faz num momento. Mas há um pai que é um ser da eternidade: aquele cujo coração caminha por caminhos fora do seu corpo. Pulsa, secretamente, no corpo do seu filho (muito embora o filho não saiba disso).

Os pais têm funções específicas para com os filhos que incluem o assegurar da sua sobrevivência, do seu crescimento e da sua socialização, proporcionando-lhes simultaneamente um ambiente de afeto e apoio e estimulando-os a tomar decisões de forma progressiva (Machado, 2007, citando Palácios e Rodrigo, 2002). Ou seja, devem propiciar aos filhos, as condições para que ele desenvolva a capacidade de se amar a si mesmo e ao outro, e que adquira uma autonomia que lhe possibilite, um dia cuidar da própria vida.

Os pais influenciam os seus filhos na forma de estar e de ser, mas, de acordo com Cochran e Brofenbrenner (1978), o oposto também se verifica, resultando na promoção do desenvolvimento de ambos os elementos da díade. Este intercâmbio de influências pode ocorrer em todas as etapas da vida em que os pais e os filhos se encontrem, mudando apenas a força dessa ligação, no entanto há que ressaltar que a infância é uma fase do desenvolvimento humano em que a criança se encontra muito permeável à influência dos pais.

A Convenção dos Direitos da Criança (Unicef, 2004, p. 6) define a criança como “...todo o ser humano com menos de dezoito anos, excepto se a lei nacional confere a maioridade mais cedo.” Como este período é muito abrangente sentiu-se a necessidade de o categorizar, dividindo-o em várias etapas. Assim, atendendo ao tempo de vida da criança, Atkinson e Murray (1989) designam como neonato ou recém-nascido desde o nascimento até ao vigésimo oitavo dia de vida; lactente do primeiro mês até um ano de vida; primeira infância de um a seis anos de idade; segunda infância de seis a doze anos de idade e adolescência de doze a vinte anos de idade.

A Comissão Europeia (2011, p.5) publicou um estudo em que as crianças analisavam os direitos que lhe são reservados e uma das conclusões gerais que sobressaiu foi:

Além do direito à educação, o direito considerado mais importante para as crianças é o «**direito de ser uma criança**», ou seja, estar isento de responsabilidades e ter a possibilidade de brincar, crescer e desenvolver-se. Os inquiridos identificaram outros direitos fundamentais, entre os quais se incluem a liberdade de expressão, o acesso à habitação e à alimentação, aos cuidados de saúde, o direito a uma vida familiar, a ser respeitado e a não ser vítima de «bullying».

Pedro (2004, p.33) refere que “A criança é razão de ser do mundo e, mais do que isso, representa o futuro desse mundo.” Considera-se que a infância é uma fase tão importante da vida que deverá ser encarada como determinante na formação do futuro homem, tal como acrescenta (Pedro, 2004, p.40): “O estar bem na sua pele, o sentir o que vale mais ou menos a pena existir, o

amar especialmente alguém, significativamente diferente, é que constitui o mistério moral do homem, determinado inequivocamente, nos primeiros tempos da vida.”

Atkinson e Murray (1989, p. 161) referem que “os anos da primeira infância são muito ricos do ponto de vista dos crescimentos cognitivos, físico e social”. A criança pode ser avaliada em termos de “crescimento e desenvolvimento, (...) através dos dados antropométricos e outros de desenvolvimento físico, bem como parâmetros do desenvolvimento psicomotor, escolaridade e desenvolvimento psicossocial” (Direção Regional da Saúde, 2009, p. 7). Segundo Santos (2012) a noção de desenvolvimento está associada a um contínuo de evolução, ao longo de todo o ciclo vital que não sendo sempre linear, ocorre em diversos campos da existência, tais como afetivo, cognitivo, social e motor.

Criança e brincar estão tão intimamente ligados que por vezes torna-se difícil dissociá-los, no entanto nem sempre o brincar foi valorizado, apesar de já Florence Nightingale preconizar entre os cuidados à criança, como cuidados de higiene física, alimentar e do meio ambiente, a recreação e o ar puro (Nightingale, 1989).

Só em 1959 na Declaração Universal dos Direitos das Crianças, definida pela Unicef (1959), o brincar foi foco de atenção definindo-se no Artigo 31 (p.22) o direito à educação gratuita e ao lazer infantil mencionando-se no ponto 1 que “Os Estados Partes reconhecem à criança o direito ao repouso e aos tempos livres, o direito de participar em jogos e actividades recreativas próprias da sua idade e de participar livremente na vida cultural e artística.”

O termo **brincar** tem origem na palavra latina, *vinculum*, que significa laço, união (Santa Roza, 1993, p.23). E de facto, no desenvolvimento da brincadeira a criança cria, interpreta e estabelece relações e vínculos com os pares. Winnicott (1979, p.163) defende a ideia da relação, pois refere que “...a brincadeira fornece uma organização para a iniciação de relações emocionais e assim propicia o desenvolvimento de contatos sociais”.

Também a Ordem dos Enfermeiros (2013, p. 36) ressalta a importância do brincar como uma estratégia de “...comunicação terapêutica, composta por diferentes técnicas que ajudam na transmissão de informações verdadeiras, em linguagem adequada ao desenvolvimento cognitivo e intelectual da criança/adolescente”.

A brincadeira facilita o crescimento e, em consequência, promove a saúde, tanto que uma criança que não brinca deve ser alvo de atenção, uma vez que “...a brincadeira é a prova evidente e constante da capacidade criadora, que quer dizer vivência” Winnicott (1979, p.163).

O brincar acarreta tantas vantagens e tão abrangentes, que segundo Melo e Valle (2005) possibilita a aquisição de hábitos da vida diária, enriquece a percepção, desperta interesses, satisfaz a necessidade afetiva e permite o domínio das ansiedades e angústias.

Durante as brincadeiras e jogos a criança desenvolve aspectos importantes ao nível do *desenvolvimento físico (muscular), raciocínio lógico, percepção sensorial, socialização, comunicação e criatividade*:

- O *desenvolvimento físico* é o aspecto que primeiro é promovido através da brincadeira. Os jogos sensoriais, de exercício e as atividades físicas que são desenvolvidas pelas brincadeiras auxiliam a criança a estimular os aspectos referentes à percepção, habilidades motoras, força e resistência e até as questões referentes à termorregulação e controle de peso (Smith, 1982). Há que salientar, no entanto que segundo Vygotsky, Luria e Leontiev (2001) citando Leontiev (1994) as brincadeiras mudam consoante muda a idade das crianças pois logo que começa a falar os jogos de exercícios começam a diminuir e dão espaço aos jogos simbólicos.

- O *raciocínio lógico* também pode ser desenvolvido através da brincadeira. De acordo com Friedmann (1996b) a cognição e o desenvolvimento intelectual são exercitados em jogos onde a criança pode testar principalmente a relação causa-efeito uma vez que na vida real isto geralmente é impedido pelos adultos para evitar alguns desastres e acidentes. Como refere Friedmann (1996a) no jogo, a criança pode vivenciar estas situações e testar as mais variadas possibilidades de ações que interferem claramente no resultado do jogo. É necessário então que a criança passe a realizar um planeamento de estratégias para vencer, tanto no jogo em grupo quanto no jogo individual, podendo testar as possibilidades e vontades próprias e relacioná-las com as consequências e resultados (Friedmann, 1996b).

- A *percepção sensorial* é desenvolvida a partir do ato de brincar dado que permite a vivência de vários estados emocionais. A forma como a criança brinca, revela a sua personalidade e a forma como está estruturada para se relacionar com o mundo, pois segundo Winnicott (1979, p.162) "...conquanto seja fácil perceber que as crianças brincam por prazer, é muito mais difícil para as pessoas verem que as crianças brincam para dominar angústias, controlar ideias ou impulsos...". Friedmann (1996a) e Dohme (2002) também referem que as crianças têm diversas razões para brincar, entre elas o prazer que podem usufruir enquanto brincam, mas acrescentam que ainda podem, pela brincadeira, exprimir a agressividade, dominar a angústia, aumentar as experiências e estabelecer contatos sociais. Durante a brincadeira ocorrem as mais importantes mudanças no desenvolvimento psíquico infantil, a criança descobre as relações existentes entre os homens e adquire a capacidade de avaliar suas habilidades e compará-las com as das outras crianças (Vygotsky *et al.*, 2001 citando Leontiev, 1994).

- A *socialização* é outro fator que pode ser promovido através da brincadeira, estando diretamente relacionado com o desenvolvimento emocional e a personalidade da criança. De acordo com Brougère e Wajskop (1997) a brincadeira permite que a criança se aproprie de códigos culturais e de papéis sociais, desenvolvendo-os através do jogo de faz de conta, em que

testa e experimenta os diferentes papéis existentes na sociedade (pai, mãe, filho, trabalhador, etc.). Vygotsky *et al.* (2001) citando Leontiev (1994) referem que a criança, ao brincar é capaz de se apoderar do mundo concreto dos objetos humanos por meio da reprodução das ações realizadas pelos adultos com esses objetos.

- A brincadeira também é uma rica fonte de *comunicação*, pois até mesmo na brincadeira solitária a criança, através do jogo do faz de conta, imagina que está a conversar com alguém ou com os seus próprios brinquedos, desenvolvendo a linguagem, ampliando o vocabulário e exercitando a pronúncia das palavras e das frases (Cordazzo e Vieira, 2007).

- A *criatividade* é um dos aspetos que mais frequentemente é explorado através da brincadeira. Vygotsky (1991) afirma que a brincadeira infantil é uma situação imaginária criada pela criança e onde ela pode, no mundo da fantasia, satisfazer desejos até então impossíveis na sua realidade. Portanto, o brincar “é imaginação em ação” (Friedmann, 1996b).

Em suma, o brincar pode assumir uma importância tal que para Bjorklund e Pellegrini (2000) a criança não testa diferentes estratégias apenas para o momento da brincadeira, mas também para a vida adulta pois ao lidar com diferentes situações durante a brincadeira está, sem a intencionalidade, a criar condições e formas de interação que irão auxiliar mais tarde. Para além disso a brincadeira pode assumir também um importante papel na área da educação, ao ser utilizada como ferramenta para estimular e promover a aprendizagem das crianças (Cordazzo, 2003).

A brincadeira inicia-se dentro de casa, de acordo com Kishimoto (2002, p. 139) "a brincadeira é uma atividade que a criança começa desde seu nascimento no âmbito familiar", também pode assumir outro papel na relação entre pais e filhos, como refere Sá (2006, p. 33) “faz muito bem brincar e devia ser obrigatório, no mínimo de oito em oito horas”(…) principalmente “com a ajuda dos pais”.

Existem muitas razões que justificam o desenvolvimento da atividade lúdica entre pais e filhos. Friedmann (2004, p.13) questiona: “Os momentos que as crianças têm hoje com seus pais, avós e outros adultos são raros. Porque não retomá-los por meio dos jogos? É possível (...) por, meio deles, criar e recriar novos espaços de expressão e comunicação e estimular as interações sociais e o desenvolvimento integral das crianças”. Também Borges (2008, p.122) refere que “educar e preparar os filhos para agir com responsabilidade no conturbado mundo de hoje é tarefa desafiadora para os pais, porém compensadora se a convivência e o relacionamento familiar forem constantes no processo de inserção da criança no universo coletivo”.

Ferland (2006) refere que por vezes, em momentos em que os pais estão ocupados, o brincar é utilizado como uma atividade “salvadora” mandando-os brincar apenas com o intuito de

se ocuparem e deixarem os pais livres, ou então direcionando as crianças para a utilização dos brinquedos como forma de combater o seu tédio.

Borges (2008, p.125) chama a atenção para o facto de que

tantas oportunidades são desperdiçadas como, por exemplo, a viagem pela leitura de um livro lido a dois, as fantasias oriundas dos fantoches (...) as construções e reconstruções com massas de modelar, tintas e papéis. Juntos, pais e filhos poderiam explorar o recriar objetos (...); as conversas; os diálogos; as histórias e contos, além da fala, a alegria, os risos, as representações, o sentimento de pertencer e de aprender a conviver e compartilhar conhecimentos e descobertas.

Mas, de acordo com Rosa (1998) apesar de brincar poder parecer, para alguns, uma atividade exclusiva entre crianças, essa ideia não é correta. Torna-se assim, fundamental desenvolver nos pais a consciência que devem brincar com seus filhos, porque dessa forma estão a ajudar a criança a desenvolver-se. É também importante que os adultos percebam que a sua participação no desenrolar do jogo infantil possui a função de mediar e estimular a procura de respostas, porque o brincar da criança encontra-se no prazer de brincar e não no seu resultado (Yaegashi e França, 2002).

Muitas vezes os pais esquecem de coisas simples e valiosas como a prática do brincar (Wenders, 1994, p. 184). Mas “é no brincar, e somente no brincar, que o indivíduo, criança ou adulto, pode ser criativo e utilizar sua personalidade integral: e é somente sendo criativo que o indivíduo descobre o seu eu – ou Self” (Winnicott, 1975, p. 80).

A brincadeira entre pais e filhos, indubitavelmente que traz vantagens para a díade uma vez que “é a oportunidade ímpar de tecer conhecimentos, pois permite o repassar de experiências reconhecidas como senso comum e importantes como forma de mediatizar e acrescentar pontos de vista que merecem ser discutidos (Borges, 2008, p. 122)”. Para além disso, como o mundo da criança é parte do mundo dos adultos é, sobretudo, no sistema em desenvolvimento das relações “criança-adulto” que a primeira ingressa no mundo que a rodeia (Elkonin, 1998).

De acordo com (Milteer e Ginsburg, 2011) brincar é uma forma privilegiada de interação entre pais e filhos, facilitando a comunicação e a cumplicidade. Ao participarem ativamente nas brincadeiras infantis, os pais aprendem a conhecer melhor os seus filhos e a sua perspetiva da realidade. Por outro lado, a criança sente que o adulto lhe dedica toda a atenção, o que ajuda a estabelecer uma relação de confiança (Ginsburg, 2006). Esta relação pais-criança, favorece o “estar com” e o “participar em algo”, o que permite que a criança se sinta em segurança (Vayer e Roncin, 1993). Quando os adultos participam nas brincadeiras dos filhos estão a demonstrar que valorizam e apoiam os seus interesses e as suas necessidades (Hohmann e Weikart, 2003).

A interação dos pais com as crianças, por pertencerem a um círculo de relações muito próximo, favorece experiências importantes na aquisição da linguagem e no desenvolvimento psicossocial (Ferland, 2006). Wiezzel e Villela (2008, p.50) transmitem que

o ingresso do lúdico (...) auxilia na continuidade do desenvolvimento emocional e, conseqüentemente, cognitivo da criança, ao passo que restabelece as situações de vínculos afetivos, seja (...) com os pais e/ou acompanhantes, fortalecendo as condições emocionais de todos os envolvidos”.

Domingues, Motti e Palamin (2008) acrescenta ainda que em particular, a proximidade dos pais com o seu filho beneficia a aprendizagem de comportamentos sociais adequados, em especial, nas atividades lúdicas.

Para que se atribua significado ao brincar entre pais e filhos é “...necessária a consciencialização, por parte dos pais, sobre os grandes benefícios adquiridos por esta nova forma de viver em consonância com a criatividade e alegria espontânea, capazes de estreitar laços com os filhos em relações solidárias e de igualdade” (Borges, 2008, p.122). Piazero e Costa (2004) destacam que os privilegiados são todos aqueles que percebem que contribuem para a promoção do desenvolvimento global da criança.

Partindo destes pressupostos, entende-se que educar e permitir o desenvolvimento da criança significa reconhecer o vínculo direto e imediato entre ela e o brincar, introduzindo brincadeiras com a participação de adultos (Borges, 2008).

Mas para além de brincar os pais também devem saber como brincar, porque quando os pais brincam com as crianças têm muitas vezes dificuldade em não transformar essas ações em atividades educativas, pois partilhar uma atividade com a criança pelo simples prazer de o fazer pode parecer-lhes infantil e inútil (Ferland, 2006). O mesmo autor acrescenta que nas famílias atuais o brincar não tem um papel preponderante (Ferland, 2006).

Segundo Kishimoto (2002) para favorecer a brincadeira de uma criança, e manter a liberdade da atividade lúdica, o adulto deve propor e não impor, convidar sem obrigar, deixando o controlo da mesma à criança, porque uma brincadeira dirigida pelo adulto arrisca-se a perder o seu carácter lúdico. Quando as crianças estão recetivas a que outros participem nas suas brincadeiras, os adultos podem aliar-se às crianças através do contacto físico, brincando como companheiros e, até, sugerindo novas ideias dentro das atividades lúdicas que estão a realizar (Hohmann e Weikart, 2003). Segundo Ferland (2006) quando se revela necessário, o adulto pode ajudar a criança a continuar a brincadeira, tornando-se um facilitador.

Borges (2008) refere que as crianças brincam com mais facilidade quando a outra pessoa que se prontifica a brincar pode e está livre para ser brincalhona, mas é preciso lembrar que brincar com a criança é diferente de ser a criança. E é isso que inibe alguns pais: eles até querem

brincar, mas não foram educados para isso e têm algum tipo de receio ou vergonha, no entanto a criança sabe bem quem é quem e espera do adulto o mesmo, ou seja, ela sabe que é a criança e que o adulto é o adulto (Borges, 2008).

“Mais importante que os adultos sejam pessoas que saibam jogar, é fundamental que se recupere o lúdico no universo adulto. “Saber jogar” é mais do que mostrar algumas brincadeiras e jogos às crianças, é sentir prazer no jogo [...]. é difícil encontrar hoje adultos privilegiados nesta convivência com o lúdico” (Borges, 2008, p. 97, citando Andrade, 1994).

Em suma, se o adulto se convencer de que brincar é uma ferramenta indispensável para o desenvolvimento global e harmonioso da criança, valoriza-lo-á no dia-a-dia (Ferland, 2006).

2 - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO II

O cuidado faz parte da vida do ser humano desde os primórdios da humanidade, tendo surgido como resposta às suas necessidades. Para realizar o cuidado, o enfermeiro, faz uso de um conjunto de conhecimentos por forma a promover a otimização da saúde rumo à independência e ao bem-estar da criança/família. As atividades do enfermeiro são desenvolvidas “para” e “com” a criança/família, ancoradas no conhecimento científico, habilidade, intuição, pensamento crítico e criatividade.

Como as atividades desenvolvidas em contexto de estágio foram múltiplas e variadas optou-se por descrevê-las e analisá-las tendo em conta cada uma das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Assim abordaram-se as atividades gerais e especificou-se em cada uma delas o caminho percorrido para dar resposta à temática em estudo que se refere à promoção da interação entre pais e filhos através da brincadeira.

A análise reflexiva foi efetuada tendo por base os objetivos definidos em projeto de estágio (Anexo I), que se constituíram nos três subtítulos. Em cada um deles são abordadas as atividades desenvolvidas nos três contextos de estágio, referenciando-se as semelhanças e ressaltando-se as diferenças.

2.1 – A ASSISTÊNCIA À CRIANÇA/JOVEM COM A FAMÍLIA

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem tem que ter em conta que a criança/família é o binómio alvo do cuidar do, que a criança é naturalmente dependente mas que progressivamente procura a sua autonomização, pelo que deve procurar estabelecer com a díade uma parceria de cuidar na direção da otimização da saúde no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade (Regulamento nº 123/2011).

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (Regulamento nº 123/2011) aponta como unidades de competência a implementação e gestão, em parceria, de um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e a reinserção social da criança e do jovem; mas também o diagnóstico precoce e a intervenção nas doenças comuns e nas situações de risco que

possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança e do jovem. Estas unidades foram utilizadas como guia para a seleção das atividades desenvolvidas em contexto de estágio, que se constituíram assim, na realização do acolhimento, na aplicação do processo de enfermagem e no planeamento da alta.

Acolhimento

O acolhimento não se trata apenas de um ato inicial da admissão da criança/família num serviço de internamento. Este inicia-se no momento da entrada e prossegue no dia-a-dia, aquando da prestação de cuidados de enfermagem.

Acolher refere-se essencialmente a ouvir e dar as respostas mais adequadas à criança e à sua família, além de os perceber como sujeitos e participantes ativos no processo.

Para Formarier (2000), acolher, enquanto ritual da vida social, corresponde à fase inicial do processo de socialização, constituindo o ponto de partida para o estabelecimento de qualquer relação social, no entanto acolher não se resume a um mero ritual da vida em sociedade pois para os profissionais de saúde ele é, também, um ato de cuidar.

O internamento de uma criança na **Pediatria** pode seguir vários circuitos, dando entrada no serviço acompanhada pelo enfermeiro do serviço ou por outro profissional qualquer diferente.

Analisando as situações, a segunda forma parece mais propiciadora do estabelecimento de uma relação de confiança entre o enfermeiro e a criança/família. Tendo em conta que o primeiro contacto da criança/família com o enfermeiro que a acolhe é na maioria das vezes determinante para a relação entre ambos no futuro, percebe-se que o facto de o enfermeiro os ir buscar ao bloco possibilita um início mais precoce do acolhimento iniciando-se de imediato o processo de socialização e permitindo também a partilha de informações importantes que servirão de suporte à elaboração do processo de enfermagem. Este processo implica a mobilização de estratégias comunicacionais para adequação à faixa etária da criança/jovem, dado que o serviço de internamento pode abranger idades dos 29 dias aos 18 anos.

Nos acolhimentos realizados em estágio, para além dos procedimentos inerentes ao próprio acolhimento, também se fez uso de várias estratégias motivadoras da criança/jovem e família para assunção dos seus papéis em saúde, entre elas, atividades relacionadas com a promoção da brincadeira entre pais e filhos. Atendendo a que o internamento implica a permanência num espaço estranho com pessoas estranhas, o que por vezes, tantos medos suscita, foram-se estimulando as famílias a fazerem uso de vários recursos para minimizar os efeitos negativos utilizando para tal um objeto transformado em brinquedo, uma boneca propriedade da criança, um livro ou uma história inventada no momento. Esta estratégia produziu

efeitos positivos no momento do internamento das crianças, que depois da intervenção se mostravam mais recetivas, mais curiosas e mais ativas, atitude que favorecia a sua integração o que posteriormente também se refletia no bem-estar dos pais.

Na **Neonatologia**, mais concretamente na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, uma unidade de referência para o centro, sul e ilhas de Portugal, o internamento dos recém-nascidos podia seguir vários circuitos. No momento da entrada no serviço vinham quase sempre dentro de uma incubadora, acompanhados por pessoal médico e rodeados de algum aparato técnico. Os pais só entravam depois dos recém-nascidos estarem acomodados, mas tal não evitava que se deparassem com um ambiente assustador e pouco acolhedor, com muitos aparelhos e pessoas estranhas, ficando muitas vezes chocados e inseguros com a imagem do seu filho hospitalizado.

No momento inicial do acolhimento era muito importante a presença do enfermeiro junto da família sobretudo para esclarecer todas as dúvidas dos pais sobre os procedimentos, os equipamentos, a informação relacionada com o filho e perspetivas realistas. Tornava-se importante que além das competências técnicas se evidenciassem competências relacionais, demonstrando-se disponibilidade para se estabelecer interações afetivas com os pais. Desta forma o enfermeiro torna-se parceiro na experiência de internamento da família na unidade, atendendo às suas necessidades físicas e psicológicas, para que os pais se sintam integrados na equipa, preparando-os para os atos terapêuticos necessários, de forma a influenciar positivamente a sua atitude face à hospitalização do seu filho.

No momento do acolhimento também se iniciou o estímulo para que os pais interagissem com o recém-nascido, estabelecendo o contacto físico entre ambos, sempre que possível, e informando que objetos lúdicos poderiam trazer.

Após o acolhimento percebia-se que os pais se sentiam mais à vontade no espaço físico, com capacidade de iniciativa para interagirem com os filhos e com o pessoal médico.

O processo de enfermagem

O processo de enfermagem é a base científica que dá sustentação às ações de enfermagem, sendo considerado uma forma ordenada e sistemática do agir do enfermeiro para identificar e resolver problemas dos utentes (Aquino, 2004).

A mobilização do processo de enfermagem deve ser uma atividade inerente ao quotidiano de qualquer enfermeiro dos cuidados gerais. Mas o enfermeiro especialista deve ir mais além, implementando e gerindo, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade procurando sistematicamente oportunidades para trabalhar com a criança/jovem e família no sentido de promover a adoção de comportamentos potenciadores da saúde.

Tendo em conta esta premissa, a autora desenvolveu atividades fazendo uso do processo de enfermagem. No decorrer da sua aplicação também teve em mente as atividades direcionadas para a promoção da interação entre pais e filhos através da brincadeira.

Na **Pediatria**, na primeira fase, a *avaliação inicial* foi feita uma colheita de dados, tal como indicam Potter e Perry (2006) fazendo uso da observação física e da entrevista, que seguiu os passos do guião existente no programa informático. O campo da atividade lúdica foi amplamente explorado, elaborando-se para tal um formulário sobre os hábitos da criança/família (Anexo II), que serviu de guia para efetuar questões às crianças e aos acompanhantes. As respostas dadas foram trabalhadas no sentido de tirar algumas conclusões que, claro que não podendo ser extrapoladas para qualquer outra dimensão, demonstravam a realidade das crianças internadas naquele determinado período. Os resultados encontrados, trabalhando-se com uma população de 10 pais e 10 crianças dos 0 aos 12 anos de idade, não corroboraram na íntegra os dados colhidos através da conceptualização teórica, havendo também disparidades entre a noção dos pais e a dos filhos. De facto, o tipo de brincadeira que as crianças mais desenvolvem, segundo as mesmas são os jogos interativos, mas os pais referem que são os jogos motores; as crianças referem que brincam mais com os amigos, os pais referem que é com a mãe; em relação ao tipo de brincadeira desenvolvida com o pai, as crianças e os pais concordam que são os jogos motores; também existe concordância em relação ao tipo de brincadeiras desenvolvidas com a mãe, apontando-se os jogos didáticos; quanto ao tempo despendido em brincadeiras com os pais, todos os pais concordaram que não é suficiente, no entanto três crianças referiram que sim; e a maior surpresa foi a resposta à última questão, que se referia ao facto de as crianças preferirem brincar com os pais ou com jogos interativos, respondendo os pais que era com os pais, mas as crianças dividiram-se de igual forma na resposta dada.

Na segunda fase, construíram-se os *diagnósticos*, que tal como referem Potter e Perry (2006), implicam a identificação, por parte do enfermeiro das reações da criança/família a problemas nos cuidados de saúde. A formulação de diagnósticos foi efetuada utilizando a CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), através do aplicativo informático SAPE (Sistema Aplicativo para a Prática de Enfermagem) o que não representou uma dificuldade uma vez que a autora utiliza esse programa, na sua atividade diária no hospital onde desempenha funções. Assim, para além dos outros diagnósticos formulados passou a integrar-se o “Actividade de lazer” que segundo a CIPE (Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2003, p. 56) é “Actividade de Lazer é um tipo de Autocuidado: Actividade Recreativa com as características: executar actividades de jogo e recreação (1999).

Na terceira fase, o *planeamento*, que se refere ao conceito de assistir em enfermagem, encaminhamento, supervisão, orientação, ajuda e execução de cuidados (Carpenitto, 2002),

estabeleceram-se prioridades, definiram-se as metas, determinaram-se as intervenções de enfermagem. A CIPE não contempla a definição de objetivos, mas como o status associado a cada diagnóstico dá indicação sobre as necessidades de conhecimentos da criança/família, foi utilizado para definir necessidades na área da educação para a saúde, entre elas, a necessidade de promoção do brincar entre os acompanhantes e as crianças. A seleção de atividades de enfermagem não apresentou dúvidas, exceto as relacionadas com o brincar, pois como não se encontravam parametrizadas foi necessária uma seleção de um vasto número de intervenções, algumas necessitando de ser adaptadas com uma chamada de atenção no campo da “especificação”.

A quarta fase, que diz respeito à *implementação*, reporta-se à execução do plano de cuidados, ou como referem e Perry (2006) é o início do comportamento de enfermagem, quando são iniciadas e terminadas as ações necessárias à execução dos resultados esperados. Esta fase, proporcionou a oportunidade de investir na prestação de cuidados de nível avançado, com qualidade, segurança e competência procurando a satisfação da criança/família. Uma das áreas de investimento referiu-se à realização de ensinamentos individualizados de acordo com as necessidades identificadas, no sentido de adoção de comportamentos potenciadores de saúde. Foram várias as atividades desenvolvidas com o objetivo de promover a relação lúdica entre pais e crianças:

- Realização de estímulos individuais tanto às crianças como aos acompanhantes para desenvolverem uma relação lúdica durante o internamento, para tal foram utilizados recursos do serviço tais como livros, brinquedos, puzzles, lápis de cor, etc. adaptados a cada faixa etária. Mais tarde, alguns pais trouxeram de casa objetos lúdicos pessoais que utilizaram para brincar com as crianças. Nos momentos de brincadeira, observaram-se muitas manifestações de felicidade, de carinho e de contacto físico, mas o inverso também se verificou e as crianças manifestaram através da brincadeira e dos brinquedos medos, frustrações e choro.

- Desenvolvimento de várias sessões de educação para a saúde individuais, de cariz informal, sempre que oportuno, com utilização de computador e diálogo com as crianças e acompanhantes. Estes momentos permitiram o relatar de experiências e o esclarecimento de dúvidas.

- Desenvolvimento de sessão de educação para a saúde com o tema “Brincar, arte de fazer sonhar! Relação de amor entre pais e filhos.”, a grupos de crianças e acompanhantes. Esta intervenção teve um resultado mais abrangente na medida em permitiu a partilha de experiências entre os participantes na sessão, não só sobre as atividades lúdicas que os acompanhantes desenvolvem com as crianças, mas também sobre as brincadeiras que os adultos desenvolviam quando crianças. Este momento permitiu às crianças descobrirem um pouco mais sobre os seus

pais, encarando-os mesmo de forma diferente, ao se consciencializarem que também os seus pais já haviam sido crianças.

- Entrega de um folheto informativo (Anexo III), relacionado com o tema brincar, construído no estágio I, mas reformulado, de forma a torná-lo mais atrativo e com informação mais sintetizada. Este tinha como fim a transmissão de informação de forma resumida, mas também a função de mais tarde relembrar o assunto, para que a brincadeira entre pais e filhos fizesse parte integrante do quotidiano.

A quinta e última etapa diz respeito à *avaliação*, ou seja à comparação e análise dos dados retrospectivos, antes de se emitir um julgamento sobre a evolução da situação. Segundo Horta (1979) nesta fase devem-se incluir dados avaliativos e comentários sobre as intervenções prescritas no plano de cuidados. Neste âmbito avaliou-se se as atividades desenvolvidas foram as adequadas para alteração do status do diagnóstico e em caso de necessidade foram definidas novas intervenções.

Para concretizar os objetivos a que se propunha a autora trabalhou em parceria com a equipa de saúde desenvolvendo estratégias para a motivar e mobilizar. Assim, e atendendo a que o enfermeiro especialista deve responsabilizar-se por “...ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade” (Regulamento nº 122/2011) a autora atuou como formadora em vários momentos. Numa primeira fase, nos momentos das passagens de turno, apresentou o seu projeto à equipa de enfermagem. Na segunda fase foi estimulando, informalmente, os enfermeiros com quem desenvolvia atividades a promoverem a relação lúdica dos pais com as crianças. Na terceira fase, num momento formal de reunião da equipa de enfermagem, incluído no plano de formação do serviço, apresentou os conteúdos relacionados com a tema “Brincar, arte de fazer sonhar! Relação de amor entre pais e filhos” (Anexo IV). Neste momento formativo foram discutidos os conteúdos, mas também os resultados dos dados colhidos junto das crianças/família, na avaliação inicial, referentes ao campo da atividade lúdica. Estes resultados suscitaram muito interesse e foram alvo de profunda reflexão com a equipa.

A alta

Preconiza-se que o planeamento da alta se inicie no momento em que o utente é admitido na instituição e desenvolvido durante todo o período de internamento (Huber e McClelland, 2003). A alta pode-se definir de várias formas, um dos exemplos mais abrangentes é o da American Hospital Association & Social Work Directors Society (1973), que a determina como o processo centralizado, coordenado e de carácter interdisciplinar, no qual os membros da equipa colaboram com os doentes e as suas famílias, procurando antecipar as suas necessidades e desenvolvendo um plano que os ajude a adquirir independência e a manter os benefícios ganhos

durante a hospitalização (Colom, 2000). No planeamento da alta, o enfermeiro tem uma importância fundamental na adaptação e compreensão da criança e familiares sobre os cuidados de saúde fora da instituição hospitalar.

Na **Pediatria**, foi efetuado o planeamento da alta tendo em conta as necessidades identificadas. Destacaram-se dois casos, um referente a uma criança que não tinha o boletim de vacinas atualizado, e outra em que se detetaram necessidades de acompanhamento psicológico da mãe da criança, fazendo-se em ambas as situações o encaminhamento adequado.

Como durante o internamento se foi dando relevância à importância do desenvolvimento da brincadeira entre os pais e os filhos, no momento da alta não foi necessário reforçar as ideias transmitidas anteriormente. Foram os pais que referiram que ao desenvolver a brincadeira puderam experienciar uma aproximação em termos de relação, verbalizando ainda que com a brincadeira se foram conhecendo, descobrindo e aprendendo algo mais uns sobre os outros. Alguns pais referiram que redescobriram o prazer de brincar ao mesmo tempo que desenvolviam uma relação de proximidade com os filhos, e percebiam que o fato era motivo de tão grande satisfação que lhes tornava mais fácil o internamento. Quanto aos filhos, era visível o agrado com que reagiam à brincadeira com os pais, sentindo-se importantes ao serem alvo de atenção e manifestando muito frequentemente o seu afeto tanto através de gestos como de palavras. Um facto curioso estava relacionado com as brincadeiras de imitação que algumas crianças desenvolviam quando copiavam procedimentos técnicos tais como colocar um soro, avaliar a temperatura, entre outros, aos bonecos, ou mesmo aos pais.

2.2 – O CUIDADO À CRIANÇA/JOVEM COM A FAMÍLIA NAS SITUAÇÕES DE ESPECIAL COMPLEXIDADE

O enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem “Mobiliza recursos oportunamente, para cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias.” (Regulamento nº 123/2011).

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (Regulamento nº 123/2011) refere que o enfermeiro deve reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte. No estágio, atendendo a esta unidade de competência foram detetadas as situações de risco e prestados cuidados de enfermagem apropriados. Como no mesmo regulamento (nº 123/2011) se refere que o enfermeiro deve fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, no estágio,

otimizaram-se as respostas de enfermagem. E ainda se capacitou a criança e os pais para lidarem com a doença crônica, tal como o Regulamento nº 123 (2011), indica: o enfermeiro “Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crônica (...)”

A detecção de situações de risco

Na **Urgência**, o reconhecimento de situações de risco faz-se através da triagem de enfermagem. Esta, de acordo com Jiménes (2003) tem o objetivo de organizar a procura de cuidados hospitalares, identificando os utentes que necessitam de atendimento imediato e reconhecendo aqueles que podem aguardar em segurança o atendimento, antes que haja a avaliação diagnóstica e terapêutica completa.

O programa informático utilizado para atribuição de prioridades no atendimento aos utentes é o de Manchester, o mesmo que autora faz uso no local onde desenvolve atividades, o que facilitou a sua manipulação.

Apesar do Serviço de Urgência não parecer o espaço ideal para se desenvolver atividades direcionadas ao objetivo de estimular a relação entre pais e filhos através da brincadeira, tentou-se aproveitar as interações entre a díade para o implementar.

O momento de triagem pode ser difícil para uma criança pequena que tem que enfrentar desconhecidos num espaço que também lhe é desconhecido e onde tem que ser manipulada por esses mesmos desconhecidos. Esta atividade obedece a alguns critérios, um dos quais diz respeito ao tempo despendido na sua realização, tendo como premissa a maior rapidez possível, mas este fato não inviabilizou a que se tivessem estimulado os pais a utilizar a brincadeira para facilitar a interação pois muitas vezes através da brincadeira conseguia-se a cooperação da criança, por exemplo na avaliação de sinais vitais, o que conduzia a uma maior rapidez na execução da triagem.

A dor

O internamento suscita medos tanto para os pais como para a criança. Um dos mais referidos é a dor e o sofrimento, pois na maior parte das vezes as crianças não possuem os mecanismos necessários para enfrentar a situação de crise que a doença representa.

O enfermeiro tem a função de promover o bem-estar físico, psíquico, social e espiritual da criança/jovem pelo que é importante que antes de tudo, em parceria com os pais, saiba avaliá-lo e interpretá-lo de forma a intervir corretamente. A dor é um fator que pode interferir com qualquer uma destas dimensões, ou mesmo com todas em simultâneo.

Potter e Perry (2006, p.790) citando McCaffery (1979) afirmam que “A dor é tudo aquilo que a pessoa que a sente diz que é, existindo sempre que ela diz que existe”.

O enfermeiro, ao atender a criança com dor tem que ter presente algumas características específicas tais como a sua individualidade e a sua variabilidade, o que conduz a percepções, manifestações e respostas muito divergentes. Este facto obriga o enfermeiro a prestar cuidados diferenciados, ajudando cada criança a lidar com a sua situação de dor, facilitando a sua expressão e planeando intervenções individualizadas no sentido do autocontrolo ou da minimização da dor.

É da responsabilidade dos enfermeiros especialistas a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, fazendo uso de uma gestão de medidas farmacológicas de combate à dor e da aplicação de conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Sendo a dor, definida pela Direção Geral de Saúde como o 5º sinal vital, há mais de uma década, tornou-se obrigatório fazer a sua gestão junto das crianças/famílias internadas.

Na **Pediatria**, procedeu-se a uma recolha de dados junto da díade sobre a história prévia de dor, experiências dolorosas, reações à dor, conhecimentos dos pais sobre avaliação da dor e sobre gestão do regime medicamentoso e não medicamentoso.

De seguida procedeu-se à definição de diagnósticos de acordo com os problemas identificados e atividades das quais fazia parte a avaliação da dor, como intervenção de rotina, realizada três vezes por dia, com escala adaptada à idade da criança.

O planeamento implicou a definição de intervenções adequadas a cada criança/família e a cada situação clínica.

A implementação passava pela realização de ensinamentos sobre as dúvidas apresentadas, e/ou pela adoção de medidas de controlo da dor. Estas tinham que ser adaptadas em função da idade da criança, e seguir os princípios gerais que garantem os direitos fundamentais da criança para um efetivo controlo da dor, tais como a negociação da permanência de pessoas significativas, a explicação simples dos procedimentos, a honestidade sobre os efeitos do procedimento e o feedback positivo. Esteve sempre presente a ideia de que se a dor se reduzisse devido à utilização de qualquer técnica ou devido ao apoio psicológico, a criança adquiria sentimentos de autocontrolo para combater a dor, assim como sentimentos de autoconfiança.

A brincadeira também foi utilizada como forma de gestão da dor, reduzindo o nível de ansiedade e o medo associados à realização de procedimentos invasivos, minimizando assim o seu sofrimento. De facto, o brincar permitiu uma partilha de informações, medos e dúvidas da criança para o enfermeiro, possibilitando também a resposta, as palavras de confiança e os esclarecimentos do enfermeiro para a criança.

Na **Neonatologia**, a avaliação da dor era efetuada através de uma escala, a Neonatal Infant Pain Scale (NIPS), que tinha como indicadores a expressão facial, o choro, a respiração, a posição

dos membros e o estado de vigília. Constatava-se que os bebês internados se mostravam muito frequentemente irritados, mas que também respondiam muito bem a uma técnica de gestão do regime não medicamentoso na dor, a contenção. Segundo Santos (2011, p.29) “os cuidados posturais são dirigidos para minimizar o gasto de energia enquanto promovem um equilíbrio entre a flexão e a extensão”. A contenção que lhes era proporcionada, usando para tal almofadas de formato específico, trazia um bem-estar para o bebê, oferecendo suporte postural e de movimento, além de alívio da dor. Quando a gestão do regime não medicamentoso não resultava, recorria-se à gestão do regime medicamentoso fazendo-se muitas vezes, uso do hidrato de cloral

Na **Urgência**, o momento de realização de algum cuidado de enfermagem pode ser traumático para a criança, sobretudo pelo medo que os procedimentos inspiram, mais ainda quando são de caráter invasivo. Fez-se uma gestão não medicamentosa da dor através do estímulo aos pais para brincarem com os filhos de forma a minimizar o seu sofrimento. Para tal utilizaram-se algumas estratégias, tais como a distração com um boneco, ou uma dramatização com uma luva (modificada em forma de galinha) que produziram resultados positivos, pois a criança esquecia momentaneamente a situação em que se encontrava distraíndo-se com o boneco. Também se fez uma gestão do regime medicamentoso nos bebês, prevenindo a dor através da administração de medicação oral.

Apesar de a autora ter desenvolvido atividades para promover do brincar de forma a estimular a relação entre pais e filhos, apercebeu-se que também em momentos como estes, o brincar funciona com estimulante da relação. Quando a mãe brinca com a criança ajuda-a a distrair-se do acontecimento que em princípio será traumático, e simultaneamente fica mais próxima do seu filho inspirando-lhe calma e confiança.

A doença crónica

A promoção da adaptação da criança/jovem e família à doença crónica foi um dos objetivos definidos em projeto de estágio. Segundo WHO (2002) a Organização Mundial de Saúde, descreve as doenças crónicas como sendo de duração prolongada e progressão lenta e os quadros crónicos como problemas de saúde que exigem tratamento continuado ao longo de um período de anos ou décadas.

A reação da criança à doença crónica depende em grande parte do seu nível de desenvolvimento, temperamento e das estratégias de *coping* disponíveis; depende também das reações da família e pessoas significativas (Hockenberry, Wilson, Inkelstein, 2006). A reação da criança a um diagnóstico de doença crónica pode envolver vários aspetos, para Huerta (1990) esta experiência desconhecida, pode manifestar-se através de sentimentos de culpa, medo, angústia, depressão e apatia, ameaçando a rotina do dia-a-dia. E, de facto, qualquer que seja a doença

crónica, mesmo com uma lenta progressão, assiste-se sempre a uma alteração do quotidiano da criança/jovem, implicando, por vezes limitações físicas relacionadas com os sinais e sintomas da doença e obrigando a hospitalizações para exames e tratamentos, separando-os do convívio de seus familiares e ambiente.

Na **Pediatria**, no decorrer do estágio a autora deparou-se com situações de crianças com doença crónica, mas já diagnosticada anteriormente e com os familiares competentes no cuidar. O caso que mais investimento exigiu na promoção da adaptação à doença crónica foi o de um menino de 7 anos a quem foi diagnosticada uma diabetes inaugural. Este foi um internamento que decorreu integralmente no período de estágio, o que permitiu a participação em todo o processo de cuidar. A família, depois do choque reacional inicial, mostrou-se com muita sede de conhecimentos e muita vontade de aprender. Todo o processo de enfermagem decorreu como preconizado, desde a avaliação inicial até à avaliação final, mas tendo em conta a complexidade da doença e as implicações múltiplas nas rotinas diárias, tornou-se muito exaustivo, com solicitação contínua de informação por parte dos pais e da criança, e com necessidade de apoio e vigilância em muitas situações. As respostas de enfermagem exigiram uma atuação fundamentada em conhecimentos científicos, uma relação dinâmica com a criança e família e ainda a transmissão de sentimentos de esperança. Para efetuar ensinamentos e treinos à criança utilizaram-se brinquedos e livros didáticos que lhe permitiram experimentar várias técnicas sem risco de efeitos adversos para o próprio. Esta criança/família foi transferida para uma instituição de cuidados de especialidade, como é protocolo do serviço, mas no momento já possuía os conhecimentos básicos para lidar com a doença e já se sentiam mais seguros e capacitados para tal, como emocionalmente manifestaram.

Na **Neonatologia**, desenvolver intervenções para promover a adaptação dos pais a lidar com a doença crónica parece um pouco precoce, pois se o mais certo é que alguns daqueles recém-nascidos venham a desenvolver alguma doença crónica e a necessitar de cuidados, o diagnóstico ainda não estava feito. Para além disso uma doença só se define como crónica se, segundo Tetelbom *et al.* (1993), dura mais de três meses no decorrer de um ano, ou necessita de um período de hospitalização por mais que um mês. Além disso, naquele momento as preocupações dos pais são no imediato e estão muito dependentes do prognóstico que por vezes é muito reservado. Os recém-nascidos nunca tinham alta diretamente para casa, sendo sempre transferidos para uma unidade de internamento, no mesmo ou noutra hospital pelo que os ensinamentos necessários de adaptação à doença crónica eram aí realizados.

2.3 – OS CUIDADOS COMPLEXOS E ESPECIALIZADOS EM RESPOSTA ÀS NECESSIDADES DO CICLO DE VIDA E DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E DO JOVEM

Considerando as especificidades e exigências do desenvolvimento das etapas desta fase do ciclo vital, o enfermeiro especialista em saúde da criança e do jovem tem que adquirir competência de forma a responder “...eficazmente promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude.” (Regulamento nº 123/2011).

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (Regulamento nº 123/2011) aponta como unidades de competência a promoção do crescimento e do desenvolvimento infantil e a promoção da vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente, portanto foram estas as áreas em que a autora trabalhou.

Crescimento e desenvolvimento infantil

A promoção do desenvolvimento infantil é uma das áreas de atuação do enfermeiro. O seu objetivo é ajudar a criança, em complementaridade com a família, na sua evolução de vida e no seu tempo, a desenvolver-se dentro dos padrões esperados para a sua idade respeitando o seu ritmo (Bellman, Lingam e Auket,1996).

Para promover o desenvolvimento da criança, o enfermeiro deve, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010, p.72), “... associar ao seu conhecimento, o perfil de desenvolvimento da criança, tendo por base a utilização de um instrumento de avaliação do desenvolvimento psicomotor fiável, seguro e de fácil utilização.”

Na **Pediatria**, para se fazer a avaliação do crescimento utilizaram-se as tabelas de percentis que servem para acompanhar e registar a curva de crescimento do peso e da altura da criança ao longo do tempo. Esta análise permitiu perceber se existia ou não algum motivo de preocupação quanto ao seu ritmo de crescimento.

Em todas as recolhas de dados iniciais se analisou a curva de crescimento de cada criança, registada no Boletim de Saúde Infantil, mas como muitos destes boletins ainda continham as curvas anteriores, também se avaliaram os parâmetros face às novas curvas de percentis propostas pela Organização Mundial de Saúde, desde 2013.

No momento da entrevista inicial com a criança/família, foram avaliados vários parâmetros tendo em conta a sua idade, para deteção precoce de situações rastreáveis, assim como os cuidados antecipatórios referentes a cada estadio etário. De entre estes salientaram-se os assuntos referentes a hábitos de vida saudáveis, onde se inclui o brincar, e as suas várias

características como a escolha de brinquedos e de jogos adequados, mas acima de tudo as das vantagens da participação dos pais na brincadeira dos filhos.

A avaliação de desenvolvimento fez-se de acordo com as indicações do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (Direção Geral de Saúde, 2013) avaliando-se os parâmetros indicados referentes ao primeiro ano de vida, dos 1 aos 3 anos, dos 4 aos 9 anos, e dos 10 aos 18. Para a análise do desenvolvimento da criança dos 0 aos 5 anos de idade, foi também utilizada a escala de Mary-Sheridan, avaliando-se a postura e a motricidade global, a visão e motricidade fina, a audição e a linguagem, e o comportamento e adaptação social. Esta escala tem a vantagem de ser de “...aplicação rápida, preciso e fiável”, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010, p.133). Após a aplicação da referida escala a várias crianças não se detetou qualquer sinal de alarme. O momento de aplicação da escala aconteceu com a colaboração dos pais, o que tornou interessante a sua exploração no que dizia respeito ao brincar, proporcionando-se a oportunidade de avaliar a relação lúdica entre a criança, e promove-la se necessário. A imitação de atividades domésticas aos 18 meses, o jogo de faz-de-conta a partir dos 2 anos, os jogos com regras a partir dos 5 anos são metas que podem ajudar os pais a selecionar as brincadeiras. Constatou-se que de facto alguns pais desenvolviam esporadicamente esse tipo de brincadeiras com os filhos, se bem que sem valorizar esses momentos, e segundo os mesmos ocorrendo apenas quando não tinham “mais nada para fazer”. Este momento foi oportunamente utilizado para fazer a promoção das vantagens do brincar tanto para os pais como para os filhos.

A vinculação

Segundo Burroughs (1995), o vínculo materno assume-se como um processo crescente que tem início antes da concepção, é fortalecido por acontecimentos significativos durante a gravidez e amadurece através do contacto mãe-filho durante o período neonatal. Este vínculo afetivo é entendido como a formação de um compromisso emocional que leva a mãe a procurar satisfazer as necessidades do filho, desde a alimentação e a higiene ao carinho e ao conforto (Maçola *et al.* 2010).

Na **Neonatologia**, promoveu-se a vinculação utilizando a metodologia do processo de enfermagem. A *avaliação inicial* seguia um guião específico da unidade e os dados eram registados em formato de papel. Os conhecimentos dos pais sobre as formas de interagir com os filhos foram avaliados. Na fase do *diagnóstico* definiram-se os problemas diagnosticados através da observação da relação pais-filhos, percebendo-se que a grande maioria dos pais apresentavam dúvidas sobre a forma como proceder para interagir com o recém-nascido. Na fase do *planeamento*, definiram-se intervenções e estratégias para dar resposta aos problemas diagnosticados no que se relacionava com dificuldades no processo de vinculação. Na fase da

implementação estimulou-se a interação dos pais com os seus filhos, no entanto, muitas vezes, aqueles sentiam-se inibidos devido aos muitos constrangimentos para a sua realização, tanto relacionados com a enorme quantidade de equipamentos a que estavam ligados como com a necessidade constante de cuidados por parte dos enfermeiros e de outro pessoal clínico. Aos pais era permitido, se possível, a participação nos cuidados de higiene, um momento de colo de manhã, e outro à tarde, e ainda o toque ao bebé na incubadora. A autora promoveu a interação junto dos pais, mas sentiu a necessidade de facultar-lhes informação escrita que estes pudessem consultar sempre que surgissem dúvidas. Foi assim que após reflexão conjunta com o enfermeiro cooperante, se decidiu a construção de um guia que orientasse os pais no estímulo aos seus filhos, para que passassem a ter um papel ativo na promoção do desenvolvimento do recém-nascido, mas também para que estabelecessem um vínculo afetivo. A construção do referido guia obrigou a uma pesquisa bibliográfica sobre o tema, mas como a informação encontrada era vasta e dispersa, e com o objetivo de organizar ideias, foi elaborado um trabalho (Anexo V) de onde emergiu o guia (Anexo VI). O guia foi utilizado a título informal, ficando a aguardar aprovação pelo Centro Hospitalar. A *avaliação* era feita diariamente através de observação, constatando-se que os pais estavam mais serenos na sua relação com os recém-nascidos. De fato, após alguns dias de internamento percebia-se que os pais eram mais participantes, denotando-se uma maior preocupação da sua parte em interagir com os filhos, e que tinham a noção de alguma responsabilidade pelos cuidados ao seu filho, sentindo-se de alguma forma parte integrante da equipa, observando-se também que se encontravam menos preocupados e mais à vontade para tomar essa iniciativa. Também se constatou que os pais consultavam o guia com muita frequência e que implementavam as estratégias indicadas.

O estágio coincidiu com o exato momento em que também se iniciou, ainda a título experimental, a utilização da CIPE e a elaboração de registos em formato informático, através do aplicativo SAPE. Os enfermeiros responsáveis de cada equipa estavam a receber formação para posteriormente formarem os pares. A experiência pessoal da autora nesse campo permitiu ajudar no despiste de algumas dúvidas na formulação de diagnósticos e elaboração dos registos. Neste período, os registos continuavam a fazer-se em formato de papel, apenas com exceção de uma criança selecionada em que se elaboravam também registos informaticamente.

3 – METODOLOGIA: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

A Revisão Sistemática da Literatura é o método de pesquisa utilizado para realização deste trabalho. Estas revisões são desenhadas para ser metódicas, explícitas e passíveis de reprodução. Esta metodologia serve para nortear o desenvolvimento de projetos, indicando novos rumos para futuras investigações e identificando os métodos de pesquisa foram utilizados numa determinada área (Sampaio e Mancini, 2007).

Atendendo à fundamentação teórica realizada anteriormente, e seguindo o protocolo da revisão sistemática da literatura que tem por base a metodologia PI(C)O foi formulada a seguinte questão:

- Que resultados, ao nível da interação, advêm da intervenção do enfermeiro na promoção da brincadeira entre pais e filhos?

Assim como qualquer outra investigação científica, uma revisão sistemática requer uma pergunta ou questão formulada de forma clara, pelo que foram esses os pressupostos que guiaram a sua elaboração.

A busca da evidência tem início com a definição de termos ou palavras-chave pelo que se definiram as seguintes: “enfermagem”, “relação pais-filhos” e “brincar”. Considerando-se assim os termos da pesquisa: “**Nurs***”, “**Parents-Child Relation**” e “**Play and playthings**”. De seguida validaram-se na Mesh Browser (2015) e concluiu-se que eram todos descritores, conduzindo aos seguintes resultados:

Nursing- The field of nursing care concerned with the promotion, maintenance, and restoration of health.

Parent-Child Relation -The interactions between parent and child.

Play and playthings - Spontaneous or voluntary recreational activities pursued for enjoyment and accessories or equipment used in the activities; includes games, toys, etc.(Mesh Browser, 2015)

De acordo com Akobeng (2005) a pesquisa numa base de dados eletrónica e noutras fontes é uma habilidade importante no processo de realização de uma revisão sistemática dado que as sondagens eficientes maximizam a possibilidade de se encontrarem artigos relevantes num período de tempo reduzido.

O passo seguinte foi associar as palavras-chave ao protocolo de revisão sistemática de literatura segundo a metodologia PI(CO) como se pode verificar no Quadro nº 1.

Quadro nº 1 - Protocolo de revisão sistemática segundo a metodologia PI(CO)

Palavras-chave		
População	Enfermeiro País Criança	Nurs*
Intervenção	Promoção da relação lúdica	Play and playthings
Comparação		
Outcomes	Resultados ao nível da relação	Parent-Child Relations

Uma procura eficaz envolve não só uma estratégia que inclua termos adequados, mas também a seleção de base de dados que insiram mais especificamente o tema. A pesquisa decorreu no dia 14 de Dezembro de 2014 e iniciou-se com a seleção das bases de dados a partir da plataforma EBSCO e com a definição das opções de pesquisa (Quadro nº 2).

Quadro nº 2 – Opções de pesquisa e respetivos expansores e limitadores

OPÇÕES DE PESQUISA	
Modos e expansores	Booleano/Frase
Limitadores	
Texto completo	Friso cronológico: Novembro 2004 a Novembro 2014
Bases de dados	Resumo disponível; 1º Autor é enfermeira; Qualquer autor é enfermeira; Texto completo em pdf
	Resumo disponível
	‘Texto completo em pdf
	HEALTH COLLECTION: COMPREHENSIVE

A seleção do campo de busca para cada termo determina o número de artigos encontrados. Assim, como se pretendia encontrar o máximo de artigos possível, decidiu-se efetuar a busca em todo o texto, ou seja em “TX Texto completo”.

A procura do número de artigos encontrados para cada palavra-chave foi o passo seguinte, o resultado pode-se observar no Quadro nº 3.

Quadro nº 3 -Número de artigos resultantes da pesquisa, utilizando as bases de dados, para cada palavra-chave.

Palavras - chave	Resultados
1 - Nurs*	167295
2 – Parent-child relation	4.385
3 - Play and playthings	918

De seguida cruzaram-se todas as palavras-chave, percebendo-se a partir dos resultados quais as conjugações mais exploradas pelos autores (Quadro nº 4).

Quadro nº 4 - Número de artigos resultantes do cruzamento das palavras-chave, utilizando as bases de dados.

Palavras-chave	Resultados
1+2	654
1+3	60
2+3	40

Para se proceder à localização de evidências foram-se inserindo gradualmente os termos na caixa de busca para que se interrelacionassem.

Quadro nº 5 - Número de artigos resultantes da pesquisa utilizando as palavras-chave

Palavras-chave	Resultados
Nurs*	167295
Nurs* Parent-child-relation	654
Nurs* Parent-child-relation Play and playthings	3

No final da pesquisa encontraram-se 3 artigos:

- *“Effects of a Father-Based In-Home Intervention on Perceived Stress and Family Dynamics in Parents of Children With Autism”;*
- *“Parent/Grandparent-Child Interactions and their Influence on Child Development”;*
- *“Books, Toys, Parent-Child Interaction, and Development in Young Latino Children”.*

De seguida procedeu-se à sua leitura, à realização do resumo (Anexo VII) e à análise para se encontrarem resposta de cariz científico à pergunta formulada.

4 – ANÁLISE DAS EVIDÊNCIAS

A análise dos três artigos foi efetuada com o objetivo de se encontrar uma resposta para a pergunta PI(C)O formulada: Que resultados, ao nível da interação, advêm da intervenção do enfermeiro na promoção da brincadeira entre pais e filhos?

A resposta encontrada foi complexa, vasta e abrangente pelo que para se optou por desdobrá-la em vários tópicos.

Teoria de Interação da Apreciação da Saúde da Criança de Katryn E. Barnard

A teoria de enfermagem sugeriu ações para conduzir a prática, ou seja, os cuidados de enfermagem.

Para Barnard, *a enfermagem* tem como finalidade a assistência à família para promoção do crescimento e desenvolvimento dos membros individuais (Tomey e Alligood, 2004, p.547 citando Thomas, Barnard e Sumner, 1993). De facto, ficou demonstrado a partir da análise aos artigos encontrados através de revisão sistemática de literatura, que a brincadeira entre pais e filhos é promotora do desenvolvimento das crianças, mas que também tem vantagens para os pais. Tendo em conta esta realidade, no decorrer dos estágios, a autora desenvolveu intervenções junto dos pares consciencializando-os da importância do desenvolvimento da relação lúdica entre pais e filhos, para que os mesmos a promovessem junto da família, de forma a fomentar o crescimento e desenvolvimento dos membros, individualmente.

Barnard refere que *a pessoa* tem "... a capacidade para tomar parte numa interacção à qual ambas as partes da díade trazem qualidades, competências e respostas que afectam a interacção." (Tomey e Alligood, 2004, p.547 citando Sumner e Spietz, 1994). Esta ideia testemunha que se os adultos tomarem a iniciativa de desenvolverem uma interacção lúdica com os filhos, estreitam laços e tornam os filhos mais felizes, o que posteriormente também se irá refletir na felicidade dos pais, e no melhoramento das competências de relação.

A saúde é, segundo Barnard (1993) "... um estado de ser dinâmico no qual o potencial de desenvolvimento e de comportamento de um indivíduo é concretizado até à máxima extensão possível.... (Tomey e Alligood, 2004, p.547 citando Thomas, Barnard e Sumner, 1993). Estando já comprovado que a relação lúdica promove o desenvolvimento da criança, também ficou

demonstrada a sua relação com a saúde, pois uma criança que não brinca, deve preocupar o enfermeiro, já que criança e brincar estão intimamente associados.

Para Barnard *o ambiente* é um aspeto essencial da sua teoria, referindo que “...na essência, o ambiente inclui todas as experiências enfrentadas pelas crianças, pessoas, objetos, locais, sons, sensações visuais e tácteis” (Tomey e Alligood, 2004, p.548 citando Barnard e Eyres, 1979). Assim, a atividade lúdica aparece como uma ação privilegiada onde se podem efetivar experiências tanto com pessoas como com objetos, que produzem resultados positivos nos intervenientes.

Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

Tendo em conta as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, constata-se que o enfermeiro ao promover a relação lúdica entre pais e filhos está a prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, maximizando o potencial do desenvolvimento infantil, uma vez que ficou demonstrado através da revisão sistemática de literatura que a brincadeira promove o desenvolvimento e estimula a relação entre pais e filhos. No entanto, esta relação lúdica também pode servir de ferramenta no desenvolvimento das outras competências, como o assistir ou o cuidar da criança e da família, uma vez que pode ser utilizada de inúmeras formas, como por exemplo, para minimizar a dor, para negociar a participação da criança, para comunicar, para ensinar, etc. Desta forma os pais são sempre envolvidos nos cuidados à criança desempenhando um papel fundamental, e a relação sai fortalecida devido à interação em que os pais transmitem aos filhos o quão são importantes para eles. Bendixen *et al.* (2011) referiram que as interações pai-filho saudáveis demonstravam afetar positivamente o desenvolvimento da criança.

Desvalorização do brincar

Chivanon *et al.* (2011) constataram no seu estudo, que nas atividades de jogo, sete das mães consideraram-no como uma atividade que ou não era útil, ou era um desperdício de tempo, ou um desperdício de dinheiro. Os mesmos autores também descrevem que de entre as atividades que os pais/avós desenvolviam com as crianças, a alimentação, a brincadeira, o ensino, a disciplina e as atividades de cuidado de rotina diária, estas últimas foram identificadas pelos adultos como a mais importante interação pai/avós com a criança (Chivanon *et al.*, 2011).

Estes pais/avós demonstraram não compreender as vantagens do estabelecimento de uma relação lúdica. Ferland (2006) também está ciente desta realidade pois refere que por vezes, em momentos em que os pais estão ocupados, o brincar é utilizado como uma atividade “salvadora”

mandando-os brincar apenas com o intuito de se ocuparem e deixarem os pais livres, ou então direcionando as crianças para a utilização dos brinquedos como forma de combater o seu tédio.

No decorrer do estágio, no internamento, também se encontraram exemplos da desvalorização do brincar por parte dos pais. Uma situação aconteceu aquando da avaliação do desenvolvimento, no momento da aplicação da escala de Mary-Sheridan que se efetuou com a colaboração dos pais. Procedeu-se a uma avaliação da atividade lúdica das crianças mais pormenorizadamente, informando os pais sobre as brincadeiras adequadas a cada faixa etária e promovendo o brincar entre ambos. Alguns pais relataram que esporadicamente desenvolviam esse tipo de brincadeiras com os filhos, se bem que, sem valorizar esses momentos, e segundo os mesmos, ocorrendo apenas quando não tinham “mais nada para fazer”.

Chivanon *et al.* (2011), no seu estudo consideraram que era necessário fortalecer a consciência parental do significado do jogo entre a população do estudo, de modo que eles entendessem como o jogar contribui para o desenvolvimento físico e social de uma criança e que não era necessário que os pais/avós comprassem brinquedos caros para seus filhos, mas que lhe fornecessem atividades lúdicas e oportunidades de aprendizagem adequadas de acordo com suas habilidades e nível de desenvolvimento. Os autores acrescentaram que eles precisam reconhecer que brincar é considerado o “trabalho de uma criança” assim como todos os profissionais de saúde que trabalham com famílias que têm filhos pequenos, precisam entender a dinâmica das interações pai/avô da criança (Chivanon *et al.*, 2011).

Também Friedmann (2004, p.13) tenta contrariar esta realidade aconselhando

“Os momentos que as crianças têm hoje com seus pais, avós e outros adultos são raros. Porque não retomá-los por meio dos jogos? É possível salvar estes jogos do esquecimento, resgatando um património lúdico-cultural que pertence ao nosso folclore e, por, meio deles, criar e recriar novos espaços de expressão e comunicação e estimular as interações sociais e o desenvolvimento integral das crianças”.

Brincar entre pais e filhos

Segundo Elkonin (1998), o mundo da criança é parte do mundo dos adultos e, por essa razão, é, sobretudo, no sistema em desenvolvimento das relações “criança-adulto” que a primeira ingressa no mundo que a rodeia. E que melhor forma de entrar no seu mundo que através de uma brincadeira com um adulto que assim lhe dedica parte do seu tempo?

Mas, por vezes acontece que os pais não se sentem muito à vontade para brincar porque esta pode parecer, para alguns, uma atividade exclusiva entre crianças, no entanto de acordo com Yaegashi e França, (2002) torna-se fundamental que os pais tenham consciência que devem brincar com os seus filhos, porque dessa forma estão a ajudá-los a desenvolver-se. É também

importante que os adultos percebam que a sua participação no desenrolar do jogo infantil possui a função de mediar e estimular a procura de respostas, porque o brincar da criança encontra-se no prazer de brincar e não no seu resultado (Yaegashi e França, 2002).

Bendixen *et al.* (2011) referem que tem sido demonstrado, através de vários estudos, que os pais têm uma influência significativa sobre o desenvolvimento dos seus filhos. Essa influência pode acontecer em muitas áreas, e concretizar-se de muitas maneiras, uma das quais a atividade lúdica, já que é de vital importância para a criança.

Borges (2008) defende a ideia da importância do brincar, mas também da relação lúdica entre pais e filhos, referindo que educar e permitir o desenvolvimento da criança significa reconhecer o vínculo direto e imediato entre ela e o brincar, introduzindo brincadeiras com a participação de adultos.

Chivanon *et al.* (2011) constataram, no seu estudo, que as interações pais/avós da criança, aconteceram em cinco principais atividades de vida diária: alimentação, brincadeira, ensino, disciplina e cuidar rotina diária. Segundo os mesmos autores a brincadeira ocorreu de três formas: jogo de movimento, brincadeira com brinquedo e jogo de faz de conta. No jogo de movimento, os pais gostavam de se envolver em jogos como: fazer cócegas, andar a cavalo, atirar suavemente a criança ao ar e, em seguida, pegá-la e balançar levemente a criança de um lado para o outro (Chivanon *et al.*, 2011).

Bendixen *et al.* (2011) referem que na intervenção de treino em casa, os pais eram estimulados a brincar com os filhos. Esta intervenção está em consonância do que defendem Hohmann e Weikart (2003), que referem que quando os adultos participam nas brincadeiras dos filhos estão a demonstrar que valorizam e apoiam os seus interesses e as suas necessidades, acrescentando que as crianças estão recetivas a que outros participem nas suas brincadeiras, o que propicia que os adultos se aliem às crianças através do contacto físico, brincando como companheiros e, até, sugerindo novas ideias dentro das atividades lúdicas que estão a realizar.

No decorrer da brincadeira entre pais/avós e crianças verificaram-se dois tipos de interação positiva que se manifestaram na forma de incentivo e apoio (Chivanon *et al.*, 2011).

Também no decorrer do ensino clínico, se verificaram momentos de interações positivas dos pais/avós e interações cooperativas de crianças. Um exemplo observou-se na Urgência, no momento da triagem, quando se estimularam os pais a incentivar as crianças a colaborarem na avaliação de enfermagem, utilizando para tal a brincadeira, o que facilitou a interação e a cooperação. De facto, quando os pais assim procederam, produziram-se efeitos positivos, em muitas das situações, ficando a criança mais calma e colaborando na avaliação para se efetuar a triagem.

Outro exemplo foi observado, nos momentos de preparação da alta, no internamento, quando após a promoção do brincar, as díades foram desenvolvendo momentos de brincadeira em que era visível o agrado com que as crianças reagiam, sentindo-se importantes ao serem alvo de atenção e manifestando muito frequentemente o seu afeto tanto através de gestos como de palavras.

Brincar - Estratégias

No estudo de Bendixen *et al.* (2011), os pais eram treinados para, no desenrolar da brincadeira, usarem quatro estratégias, destinadas a promover a interação social e a reciprocidade com os seus filhos com autismo. As indicações dadas eram as seguintes:

1. Seguir o exemplo da criança no jogo em vez de se sentar passivamente ou direcionar a criança;
2. Imitar vocalizações e movimentos da criança de uma maneira exagerada, alegre e animada para melhorar interações básicas de jogo;
3. Proporcionar sinais claros (expressões faciais, pedidos verbais, etc.) e esperar que a criança responda em vez de efetuar um questionamento diretivo contínuo; durante este tempo, a atenção deve ser focada unicamente na criança, terminando com a desejada resposta da criança ou uma pista parental, se a resposta não ocorrer depois de um espaço de tempo;
4. Comentando sobre ações, respostas da criança, ou verbalizações em vez de fazer perguntas (o comportamento parental mais comum) (Bendixen *et al.*, 2011).

Estas indicações estão concordantes com as apontadas por Dantas (1998) que refere que para manter a liberdade da atividade lúdica, é função do adulto propor e não impor, convidar sem obrigar, deixar o controlo da mesma à criança, para que a brincadeira não corra o risco de perder o seu carácter lúdico.

Também Borges (2008) se debruçou sobre a forma como o adulto deve brincar, alertando que as crianças brincam com mais facilidade quando a outra pessoa que se prontifica a brincar pode e está livre para ser brincalhona. No estudo de Bendixen *et al.* (2011) faz-se o alerta para o facto de o adulto dever seguir a criança na brincadeira e não impor a sua vontade, mas Andrade (1994, p. 97) acrescenta ainda que é importante que este retire prazer da interação: “Mais importante que os adultos sejam pessoas que saibam jogar, é fundamental que se recupere o lúdico no universo adulto. “Saber jogar” é mais do que mostrar algumas brincadeiras e jogos às crianças, é sentir prazer no jogo”.

No estágio observava-se muitas vezes a tentativa dos pais para imporem as suas regras à atividade lúdica, tendo-se intervindo para informar que naquele espaço a imaginação é da criança pelo que os pais apenas a devem seguir. E de facto, a imaginação levava-os muito longe...

Brincar - O livro e o brinquedo

Chivanon *et al.*, (2011) constataram que apenas um pequeno número de famílias contaram histórias aos seus filhos, não considerando a atividade importante ou não o sabendo fazer. No entanto, os autores fundamentaram que estas histórias que podem ser transmitidas a partir de tradições orais ou de um livro, trazem benefícios para a criança, aumentando a sua curiosidade, a sua habilidade de leitura e a sua capacidade de concentração e atenção (Chivanon *et al.*, 2011).

Borges (2008, p.125) reforça a ideia quanto à utilidade de um livro, mas também de outro tipo de objetos, referindo que na relação pais-filhos “tantas oportunidades são desperdiçadas como, por exemplo, a viagem pela leitura de um livro lido a dois, as fantasias oriundas dos fantoches, os aprendizados, as construções e reconstruções com massas de modelar, tintas e papéis”.

Tomopoulos *et al.*, (2006) também fundamentaram que os recursos que os pais fornecem às crianças, tais como livros e brinquedos, representam uma parte importante do ambiente cognitivo doméstico, acrescentando ainda que alguns estudos demonstraram que os brinquedos no agregado familiar preveem resultados no desenvolvimento e que recursos como livros e brinquedos podem representar um meio de reforço da interação verbal.

De facto, no decorrer do ensino clínico em todos os locais de estágio se fez apelo à utilização de livros como instrumento para brincar e subsequentemente estabelecer vínculo afetivo. No internamento de pediatria os livros foram frequentemente utilizados, pois no serviço existia uma sala de brincar com uma biblioteca adequada a faixas etárias variadas; na neonatologia promoveu-se a leitura para os filhos, mas durante o internamento não se observou nenhum pai a fazer uso de um livro, se bem que se mostravam motivadas para o fazer posteriormente, o que se observou foi que nos momentos de colo, algumas mães cantavam para os seus filhos; e no serviço de urgência foi organizado um cesto com material didático, para utilização das crianças internadas em SO, verificando-se que os livros eram os mais utilizados. Nos momentos de leitura, as crianças mostravam-se atentas, questionavam e interagiam. As histórias dos livros davam o mote para se contarem outras histórias, muitas vezes pessoais que permitiam aos filhos um melhor conhecimento dos pais, e aos pais a alegria de relembrar tempos passados. Nestes momentos o internamento, a doença e o tédio eram esquecidos.

Chivanon *et al.* (2011) referiram que no seu estudo, na brincadeira com brinquedos, as crianças mostraram preferência por quatro tipos de objetos: brinquedos comerciais, objetos de cozinha (panelas, frigideiras, colheres, copos e garrafas de plástico), artigos de tocador (escovas de cabelo, pentes, espelhos e batom) e elásticos. Alguns dos objetos utilizados pelas crianças para brincar não eram os adequados para a sua faixa etária, que incluía crianças dos 13 aos 36 meses, sobretudo pelo risco de acidente, como por exemplo os elásticos.

Este assunto é tão importante que a Academia Americana de Pediatria (AAP) recomendou que os pediatras deem orientações às famílias sobre a escolha adequada de brinquedos (Tomopoulos *et al.*, 2006). Esta necessidade de fornecer informação aos pais sobre os brinquedos indicados para cada faixa etária também está em consonância com o raciocínio de Leontev (1994) que afirma que as brincadeiras mudam consoante muda a idade das crianças, pois logo que a criança começa a falar os jogos de exercícios começam a diminuir e dão espaço aos jogos simbólicos.

Tendo em conta esta evolução no tipo de brincadeiras e de brinquedos utilizados pelas crianças, no estágio no internamento, foi efetuada uma colheita de dados sobre os hábitos da criança/família, com incidência especial para o campo da atividade lúdica. Os resultados mostraram que as crianças desenvolviam brincadeiras adequadas ao estadio de desenvolvimento, mas também se verificou que a grande maioria já tinha competências na manipulação de instrumentos tecnológicos, mesmo as mais pequenas com idade até um ano.

Tal como os livros, os brinquedos também foram utilizados em todos os locais de estágio, e o resultado foi muito idêntico. Um facto curioso estava relacionado com as brincadeiras de imitação que algumas crianças desenvolviam quando copiavam procedimentos técnicos, tais como colocar um soro, avaliar a temperatura, entre outros, aos bonecos, ou mesmo aos pais. No fundo as crianças não precisavam de brinquedos muito complexos, necessitavam apenas de um parceiro no jogo que lhe desse atenção e lhe demonstrasse o quão era importante para essa pessoa que lhe estava a dedicar parte do seu tempo e da atenção.

Brincar - Benefícios para os pais

No estudo de Bendixen *et al.* (2011) verificou-se que ambos os grupos de pais foram positivamente afetados pela intervenção de treino de 12 semanas que consistia no desenvolvimento de brincadeira, entre pais e filhos, fazendo uso de algumas estratégias aprendidas, pois apesar dos autores não terem descoberto alterações estatisticamente significativas nas pontuações do questionário, verificaram uma redução estimada em todos os itens que se posicionaram a um nível inferior ao intervalo clinicamente significativo.

Um exemplo dos benefícios da interação para os pais verificou-se no decorrer do ensino clínico, na neonatologia, quando se trabalhava para promover a vinculação: após o estímulo aos pais para o desenvolvimento de relação com os seus filhos, os mesmos eram mais participantes, e assumiam parte da responsabilidade nos cuidados ao seu filho, sentindo-se de alguma forma parte integrante da equipa. Gradualmente denotava-se uma maior preocupação por parte dos pais em interagir com os filhos, verificando-se que se encontravam mais à vontade para tomar essa iniciativa e menos preocupados, o que reflete os resultados do estudo mencionado que aponta efeitos positivos a nível da redução do stress nos pais.

No decorrer do estágio desenvolveram-se atividades que tiveram em conta esta realidade, uma das quais na neonatologia, com o intuito de promover a vinculação: como se percebeu que a grande maioria dos pais apresentava dúvidas sobre a forma como proceder para interagir com o recém-nascido para estimular o seu desenvolvimento, traçou-se um plano de intervenção que passava pela construção de um guia que orientasse os pais sobre o assunto. A promoção da interação junto dos pais, coadjuvada com a informação escrita contida no guia, possibilitou que passassem a ter um papel ativo no estímulo ao desenvolvimento do recém-nascido, mas também que desenvolvessem um processo de vinculação com o seu filho.

Outro benefício apontado para os pais diz respeito à sua saúde pois alguns adultos que participaram no estudo de Chivanon *et al.* (2011) verbalizaram que ao jogar com os seus filhos faziam exercício e como resultado eram mais saudáveis e não tinham doenças.

Pode-se assim concluir que a brincadeira pode ser utilizada como ferramenta para diminuir o stress dos pais, ajudando-os a desenvolver estratégias de relacionamento e comunicação com os filhos, o que afeta positivamente a dinâmica familiar mas também para promover a sua saúde e bem-estar.

Brincar - Benefícios para as crianças

Chivanon *et al.* (2011) fundamentam que as interações entre pais e criança são importantes porque influenciam a capacidade da criança para aprender e desenvolver comportamentos positivos. Indicam também que interações entre pais e criança são fundamentais para o desenvolvimento do seu filho no que diz respeito a: capacidade cognitiva; comunicação e competência linguística; motivação para explorar e aprender sobre o mundo; compreensão de si e dos outros; e desenvolvimento de relações sociais positivas (Chivanon *et al.*, 2011).

Smith (1982) refere que primeiramente a brincadeira desenvolve os aspetos físicos e sensoriais, de exercício e as atividades físicas que são promovidas pelas brincadeiras auxiliam a

criança a desenvolver os aspetos referentes à percepção, habilidades motoras, força e resistência e até as questões referentes à termorregulação e controle de peso.

A constatação de que a brincadeira traz muitos benefícios para a criança, e em variadas áreas, foi motivo para se terem desenvolvido múltiplas atividades durante o ensino clínico.

Como o internamento de uma criança pode ser fator gerador de stress para a própria, pois implica a permanência num espaço estranho com pessoas estranhas, o que por vezes, tantos medos suscita, logo no acolhimento efetuado no internamento de pediatria, estimularam-se as famílias a fazerem uso de vários recursos lúdicos para minimizar os efeitos negativos utilizando para tal um objeto transformado em brinquedo, uma boneca propriedade da criança, um livro ou uma história inventada no momento. Esta estratégia produziu efeitos positivos no momento do internamento das crianças, que depois da intervenção se mostravam mais recetivas, mais curiosas e mais ativas, comportamentos que favoreciam a sua integração, o que posteriormente também se refletia no bem-estar dos pais.

Promoção do desenvolvimento

Piazera e Costa (2004) salientam que privilegiados são todos aqueles que percebem que contribuem para a promoção do desenvolvimento global da criança. Chivanon *et al.* (2011) acrescentam que os dados das entrevistas, as observações, as notas de campo e a fonte secundária mostraram a influência das interações do pai-filho no desenvolvimento infantil. Mas como esta influência pode ter resultados em diversas áreas do desenvolvimento, optou-se por analisá-las individualmente.

- Físico

De acordo com Chivanon *et al.*, (2011), os adultos intervenientes no estudo e os relatos das observações dos autores, o desenvolvimento físico evidenciou-se após atividades que promoviam o desenvolvimento motor grosseiro, que incluíam muitos tipos de brincadeiras com os pais/avós tais como: caminhada, movimento, corrida, rodar e chutar bolas, puxar e empurrar carros de plástico, brincar às escondidas, e brincar com bonecas ou brinquedos de plástico.

Estas observações demonstraram que o desenvolvimento físico é um aspeto que se promove através do brincar. Também Smith (1982) refere que os jogos sensoriais, de exercício e as atividades físicas que são desenvolvidas pelas brincadeiras auxiliam a criança a desenvolver os aspetos referentes à percepção, habilidades motoras, força e resistência e até as questões referentes à termorregulação e controle de peso.

- Cognitivo

Cordazzo (2003), afirma que a brincadeira pode ser uma ferramenta eficaz a ser utilizada para estimular e promover a aprendizagem das crianças. Também no estudo de Chivanon *et al.* (2011) o desenvolvimento cognitivo foi observado e valorizado pelos pais/avós que referiram que para o estimular participaram em jogos com os filhos, mas também que utilizaram livros, e que essas atividades fomentavam o diálogo.

As observações corroboram a ideia de que a brincadeira promove o desenvolvimento cognitivo. Friedmann (1996) acrescenta que este se pode promover através dos jogos onde a criança pode experimentar principalmente a relação causa-efeito sem qualquer risco, mas também experimentar as mais variadas possibilidades de ações que interferem claramente no resultado do jogo, ao contrário do que acontece na vida real em que seriam impedidos pelos adultos para evitar alguns acidentes. No jogo individual a criança pode experimentar as possibilidades e vontades próprias e relacioná-las com as consequências e os resultados, mas para vencer o jogo também se torna necessário que a criança planeie estratégias (Friedmann, 1996).

No decorrer do ensino clínico, no internamento, vivenciou-se uma situação específica em que os objetos lúdicos ajudaram a criança a adquirir conhecimentos: para se efetuar ensinamentos e treinos à criança com doença crónica (diabetes inaugural) utilizaram-se brinquedos e livros didáticos que lhe permitiram experimentar várias técnicas de administração de insulina sem risco de efeitos adversos para o próprio.

- Da linguagem

No estudo de Chivanon *et al.* (2011) o desenvolvimento de competências linguísticas durante as interações pai/avô da criança foi observado em nove famílias.

Estas evidências confirmam que a linguagem é promovida através da brincadeira. E de facto, até mesmo na brincadeira solitária a criança, pelo faz de conta, imagina que está a conversar com alguém ou com os seus próprios brinquedos. Com isso, a linguagem é desenvolvida com a ampliação do vocabulário e o exercício da pronúncia das palavras e frases (Cordazzo e Vieira, 2007).

A partir das observações, os autores do estudo testemunharam-se muitos momentos de atividade lúdica entre o pai/avô e a criança, pelo que se pode afirmar que o desenvolvimento da linguagem foi promovido através da interação daí decorrente (Chivanon *et al.*, 2011). Mas, nos exemplos retirados das observações, o desenvolvimento da linguagem não parece ter sido valorizado pelos intervenientes do estudo, não o verbalizando.

Estudando a associação entre pais e crianças, a interação verbal, os recursos e os resultados no desenvolvimento, verificou-se que os livros e brinquedos aos 18 meses foram, cada um

associado à interação verbal entre pais e filhos, e à linguagem, principalmente a materna enquanto que tanto os livros como os brinquedos foram significativamente associados com a ocorrência de linguagem materna, mas não com comunicação mútua (Tomopoulos *et al.*, 2006).

Esta constatação atribui força à afirmação de Ferland (2006) que concluiu que a interação dos pais com as crianças, por pertencerem a um círculo de relações muito próximo, favorece experiências importantes na aquisição da linguagem e no desenvolvimento psicossocial.

- Emocional e social

No estudo de Chivanon *et al.* (2011) o desenvolvimento de competências emocionais e sociais foi constatado em 12 famílias. O tipo de atividades que tendiam a ocorrer durante as interações dos pais/avós da criança incluíam: expressões faciais de agrado e felicidade; vocalizações; abraços; sorrisos; e risos (Chivanon *et al.*, 2011). Os pais e os avós declararam que muitas vezes ao brincar com os seus filhos às escondidas; a cantar uma canção; a brincar com os brinquedos; a ir para o recreio; e a jogar ao faz de conta, sentiam que os faziam felizes (Chivanon *et al.*, 2011).

Todas estas observações comprovam que a socialização é outro fator que se promove através da brincadeira. Esta permite que a criança se aproprie de códigos culturais e de papéis sociais (Brougère e Wajskop, 1997). Pelo faz de conta, a criança testa e experimenta os diferentes papéis existentes na sociedade como pai, mãe, filho, trabalhador, etc.

Também fica patente, a partir das descrições do ato de brincar, que o desenvolvimento emocional é promovido. Vygotsky *et al.* (2001) citando Leontiev (1994) afirma que durante a brincadeira ocorrem as mais importantes mudanças no desenvolvimento psíquico infantil, a criança descobre as relações existentes entre os homens e adquire a capacidade de avaliar as suas habilidades e compará-las com as das outras crianças. Para Friedmann (1996) e Dohme (2002) as crianças têm diversas razões para brincar, uma destas razões é o prazer que podem usufruir enquanto brincam, mas além do prazer, as crianças também podem, pela brincadeira, exprimir a agressividade, dominar a angústia, aumentar as experiências e estabelecer contatos sociais.

No decorrer do ensino clínico, nos momentos de brincadeira, observaram-se muitas manifestações de felicidade, de carinho e de contacto físico, mas o inverso também se verificou e as crianças manifestaram através da brincadeira e dos brinquedos medos, frustrações e choro.

Para além do aspeto emocional também se promove o desenvolvimento social, como salientam Domingues *et al.* (2008), que afirmam que em particular, a proximidade da mãe com o seu filho beneficia a aprendizagem de comportamentos sociais adequados, em especial, nas atividades lúdicas.

Brincar - Benefícios para pais e filhos: Promoção da relação

Wiezzel e Villela (2008, p.50) referem que “o ingresso do lúdico (...) auxilia na continuidade do desenvolvimento emocional e, conseqüentemente, cognitivo da criança, ao passo que restabelece as situações de vínculos afetivos, seja (...) com os pais e/ou acompanhantes, fortalecendo as condições emocionais de todos os envolvidos”.

Chivanon *et al.* (2011) descrevem que as interações entre pais/avós e crianças ocorreram em diferentes tipos de atividades diárias, entre elas a brincadeira. Dos relatos dos intervenientes percebe-se que o brincar com os filhos provocou sensações de felicidade nas crianças, mas também nos adultos (Chivanon *et al.*, 2011). Quanto ao assunto, Borges (2008) refere que juntos, os pais e os filhos podem explorar o recriar objetos; as conversas; os diálogos; as histórias e contos, além da fala, a alegria, os risos, as representações, o sentimento de pertencer e de aprender a conviver e compartilhar conhecimentos e descobertas.

Milteer e Ginsburg (2012) corroboram a ideia afirmando que brincar é uma forma privilegiada de interação entre pais e filhos, facilitando a comunicação e a cumplicidade entre a díade, pois, ao participarem ativamente nas brincadeiras infantis, os pais aprendem a conhecer melhor os seus filhos e a sua perspectiva da realidade. Também Borges (2008, p.122), referindo-se à atividade lúdica entre pais e filhos, aponta benefícios, afirmando que é “...necessária a consciencialização, por parte dos pais, sobre os grandes benefícios adquiridos por esta nova forma de viver em consonância com a criatividade e alegria espontânea, capazes de estreitar laços com os filhos em relações solidárias e de igualdade”.

Esta relação que se estabelece através da brincadeira dos filhos com os pais é a finalidade da promoção do brincar. Para tal efetuaram-se diversas atividades no decorrer do ensino clínico, entre elas a realização de estímulos individuais tanto às crianças como aos acompanhantes para desenvolverem uma relação lúdica durante o internamento, utilizando-se recursos do serviço tais como livros, brinquedos, puzzles, lápis de cor, etc. adaptados a cada faixa etária; também se desenvolveram várias sessões de educação para a saúde, individuais, de cariz informal, sempre que oportuno; efetuou-se uma sessão de educação para a saúde, em grupo, a crianças e acompanhantes, permitindo a partilha de experiências entre os participantes na sessão; e facultou-se um folheto informativo, relacionado com o tema brincar.

Através da aprendizagem de estratégias a utilizar na brincadeira a dois, os pais desenvolveram outra maneira de estar com os filhos. Esta nova forma de viver está em consonância com o sentir dos pais de crianças internadas no serviço de pediatria, que no momento da alta referiram que ao desenvolver a brincadeira durante o internamento puderam experienciar uma aproximação em termos de relação, verbalizando ainda que com a brincadeira se foram conhecendo, descobrindo e aprendendo algo mais uns sobre os outros. Alguns pais

acrescentaram que redescobriram o prazer de brincar ao mesmo tempo que desenvolviam uma relação de proximidade com os filhos, e percebiam que o fato era motivo de tão grande satisfação que lhes tinha tornado mais fácil o internamento.

A dor

Em nenhum dos artigos se faz referência à utilização do brincar como ferramenta para gestão do regime não medicamentoso na dor. Mas durante o ensino clínico o brincar foi utilizado em diversas circunstâncias, como ferramenta para gestão da dor. Assim, no serviço de urgência efetuou-se estímulo aos pais para brincarem com os filhos de forma a minimizar o seu sofrimento, utilizando-se algumas estratégias, tais como a distração com um boneco, ou uma dramatização com uma luva (modificada em forma de galinha) que produziram alguns resultados positivos na modificação do comportamento da criança e conseqüentemente dos pais. Também no internamento, a brincadeira foi utilizada como forma de gestão da dor, reduzindo o nível de ansiedade e o medo associados à realização de procedimentos invasivos, minimizando assim o seu sofrimento. De facto, o brincar permitiu uma partilha de informações, medos e dúvidas transmitidas da criança para o enfermeiro, possibilitando também a resposta, as palavras de confiança e os esclarecimentos transmitidos do enfermeiro para a criança.

Envolvimento da enfermagem

Da análise destes artigos concluiu-se que a promoção da relação lúdica entre pais e filhos traz benefícios mútuos. Perante esta constatação torna-se importante que o enfermeiro assuma um papel importante ativo na promoção desta relação. Chivanon *et al.* (2011) complementam que se torna importante que os prestadores de cuidados de saúde eduquem os pais e avós sobre a importância da frequentemente contarem histórias.

De facto, no decorrer do estágio, no internamento, desenvolveram-se estratégias para envolver, motivar e mobilizar a equipa de enfermagem. Assim a autora atuou como formadora em vários momentos. Numa primeira fase, nos momentos das passagens de turno, apresentou o seu projeto à equipa de enfermagem. Na segunda fase foi estimulando, informalmente, os enfermeiros com quem desenvolvia atividades a promoverem a relação lúdica dos pais com as crianças. Na terceira fase, num momento formal de reunião da equipa de enfermagem, incluído no plano de formação do serviço, apresentou os conteúdos relacionados com a tema “Brincar, arte de fazer sonhar! Relação de amor entre pais e filhos”. Neste momento formativo foram discutidos os conteúdos, mas também os resultados dos dados colhidos junto das crianças/família, na avaliação inicial, referentes ao campo da atividade lúdica. Estes resultados suscitaram muito interesse e foram alvo de profunda reflexão com a equipa.

O papel da enfermagem é destacado no estudo de Bendixen *et al.* (2011) aplicado a pais de crianças com autismo, ao referirem que enfermeiros têm um papel muito importante pois são muitas vezes, os primeiros a reunirem-se com os pais das crianças e a ajudá-los a entenderem e a adaptarem-se ao diagnóstico.

Da análise dos artigos, também se retiraram alguns contributos para o trabalho de enfermagem, tal como o entendimento de que os pais podem ser os principais alvos dos programas em casa e podem efetivamente aprender intervenções importantes para interagir e promover habilidades de reciprocidade e coesão social com os seus filhos (Bendixen *et al.*, 2011).

O tema do brincar é tão importante que Tomopoulos *et al.* (2006) sugerem que o trabalho adicional nesta área seria útil e que os pediatras deveriam facultar orientações antecipatórias abordando a leitura em voz alta e fornecimento de brinquedos. De facto, no estágio no internamento, na avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil, foram valorizados os cuidados antecipatórios, sobretudo os referentes aos hábitos de vida saudáveis, incidindo-se especialmente no brincar e as suas especificidades como os brinquedos e os jogos adequados, mas acima de tudo as das vantagens da participação dos pais na brincadeira dos filhos.

Assim, concluiu-se que de facto, a promoção do enfermeiro da relação lúdica entre pais e filhos, produz resultados ao nível da interação, constituindo-se como uma forma privilegiada de interação entre pais e filhos, promovendo o estabelecimento de vínculos afetivos, o fortalecimento das condições emocionais dos intervenientes, o sentimento de pertença e a partilha de conhecimentos e descobertas, facilitando a comunicação e a cumplicidade entre a díade, em os pais aprendem a conhecer melhor os seus filhos e a sua perspetiva da realidade, promovendo a criatividade e alegria espontânea, provocando situações de felicidade mútua e o estreitamento de laços com os filhos em relações solidárias e de igualdade. Mas também se percebeu que para além destes, também traz outros benefícios muito importantes para as crianças, como a promoção do desenvolvimento ao nível físico, cognitivo, da linguagem, emocional e social. E ainda trás benefícios para os pais na medida em que o brincar com os filhos pode servir como ferramenta para ajudar a diminuir os níveis de stress decorrentes da relação com os filhos, melhorando subsequentemente a dinâmica familiar.

5 – CONCLUSÃO

Inicialmente a elaboração deste relatório, constituía-se como um desafio difícil de superar mas revelou-se, de facto, um motivo de grande satisfação e realização pois no decorrer do seu desenvolvimento a aprendizagem foi promovida e a análise levou à reflexão.

As aprendizagens conseguidas ao longo do estágio foram descritas, fundamentadas e analisadas. Foram o resultado de um processo que envolveu a estrutura das unidades curriculares promotoras da formação, a partilha e aprendizagem com os enfermeiros cooperantes e orientadores que conduziram a momentos de reflexão, a auto formação, a pesquisa bibliográfica, assim como da prática clínica desenvolvida numa perspetiva de enfermagem avançada, com o recurso a uma revisão sistemática de literatura. Neste contexto pode-se afirmar que os objetivos traçados foram atingidos.

A conceptualização teórica fundamentou a temática em estudo, o “brincar entre pais e filhos” definindo e explorando os conceitos que lhe são inerentes. A enfermagem como primeiro conceito a ser explorado apontou Barnard e a sua teoria de Interação da Apreciação da Saúde da Criança, como a mais adequada para trabalhar o tema uma vez que a base de sustentabilidade da sua teoria é a interação entre a criança, o prestador de cuidados e o ambiente. Os pais são os responsáveis pelo assegurar da sobrevivência, do crescimento e da socialização dos seus filhos, devendo proporcionar-lhes simultaneamente um ambiente de afeto e apoio. As crianças, por seu lado, de acordo com elas próprias, esperam ser tratadas como crianças, ou seja, estarem isentas de responsabilidades e terem a possibilidade de brincar, crescer e desenvolver-se. Se estas tiverem um trabalho, esse deve ser somente o brincar, atendendo a que criança e brincar estão inevitavelmente ligados. O brincar prepara a criança para a vida, estimulando o desenvolvimento a nível físico, do raciocínio lógico, da perceção sensorial, da socialização, da comunicação e da criatividade. O brincar também pode acontecer entre pais e filhos, promovendo uma forma privilegiada de interação, facilitando a comunicação e a cumplicidade.

As atividades desenvolvidas ao longo do estágio II foram descritas, analisadas e sujeitas a reflexão. O ensino teórico decorreu em três dimensões com características diferentes que proporcionaram a oportunidade de prestar cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediatria, integrando conhecimentos interdisciplinares e desenvolvendo competências cognitivas, técnicas e relacionais. A análise reflexiva foi efetuada a partir dos objetivos definidos

em projeto de estágio, considerando-se a assistência à criança/jovem com a família; o cuidado à criança/jovem com a família nas situações de especial complexidade; e os cuidados complexos e especializados em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. Desta forma permitiu-se a comparação de diferentes realidades e a sua resposta à implementação de atividades relacionadas com a temática de interesse pessoal, a promoção do brincar entre pais e filhos.

A metodologia utilizada para realização deste trabalho foi uma revisão sistemática de literatura. Esta pesquisa iniciou-se com a formulação da pergunta PI(C)O “Que resultados advêm da intervenção do enfermeiro na promoção da brincadeira entre pais e filhos?”, de seguida definiram-se as palavras chave e os termos da pesquisa que se verificaram ser descritores, fez-se a pesquisa na plataforma EBSCO, definindo-se as opções de pesquisa e no final encontraram-se três artigos.

A análise dos artigos permitiu a confrontação entre os conhecimentos adquiridos através da conceptualização teórica, as atividades desenvolvidas em contexto de estágio e os dados contidos nos artigos. Nesta análise procurou-se a resposta à pergunta PI(C)O formulada encontrando-se resultados concordantes com a fundamentação teórica formulada. Verificou-se que a brincadeira pode ser utilizada como ferramenta para diminuir o stress dos pais de crianças com autismo, mas só adotando algumas estratégias na brincadeira a dois, estes desenvolvem outra maneira de estar com os filhos na relação diária. Registou-se assim que o brincar traz vantagens não só para as crianças mas também para os pais. Também se constatou que as interações do pai/avô da criança que ocorreram entre outras atividades, no decorrer da brincadeira, influenciaram quatro tipos de desenvolvimento da criança: físico, cognitivo, da linguagem, emocional e social. Percebeu-se a relação entre os livros e os brinquedos disponíveis em casa, a interação entre pais e filhos decorrentes da sua utilização, e os resultados no desenvolvimento (que se devem também à interação verbal que acontece no decorrer da brincadeira).

Pode-se assim afirmar que o desenvolvimento de uma relação lúdica entre pais e filhos, onde se pode fazer uso de livros e brinquedos, tem vantagens para ambos uma vez que promove o estabelecimento de vínculos afetivos, o contacto físico e o conhecimento de ambas as partes, para além de promover o desenvolvimento ao nível físico, cognitivo, da linguagem, emocional e social.

Quanto às dificuldades sentidas na elaboração deste relatório, a primeira refere-se à escassa informação disponível referente à atuação do enfermeiro na promoção do brincar entre pais e filhos numa situação de saúde, pois no decorrer da pesquisa bibliográfica encontraram-se sobretudo estudos relacionados com o desenvolvimento de atividades lúdicas entre o enfermeiro

e a criança, quase sempre em situações de internamento e como forma de gestão da dor em técnicas invasivas.

A segunda dificuldade encontrada relacionou-se com o termo brincar, e a sua tradução para inglês, para se encontrarem os termos da pesquisa. Enquanto em Portugal se utilizam os termos brincar e jogar para designar a atividade lúdica, em inglês utilizam-se os termos “game” e “play”, mas estes também podem ser utilizados para designar tarefas como: representar, tocar instrumentos, entre outras. Outra dificuldade encontrada que conduziu à necessidade de dilatar o friso cronológico da busca para 10 anos, referiu-se ao número de artigos encontrados através da revisão sistemática da literatura, o que certamente reflete o acontecido aquando da revisão bibliográfica anterior, pois de um total de 654 artigos resultantes do cruzamento das palavras-chave anteriores passou-se para 3 quando se adicionou a palavra “play and playthings”.

Decorrente desta realidade pensa-se que no futuro seria pertinente a realização de mais estudos sobre a temática do brincar entre pais e filhos para que os resultados descritos anteriormente fossem consolidados, mas mais importante seria a consciencialização por parte dos enfermeiros da importância desta relação, para que a sua promoção junto da família fosse uma prioridade da realidade da enfermagem.

4 –BIBLIOGRAFIA

Akobeng, A (2005). *Understanding systematic reviews and meta-analysis. Arch Dis Child.*Aug;90(8):845-8

Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios Familiares*. Coimbra: Quarteto.

Alligood, M.; Marriner Tomey, A. (Eds). (2002). *Nursing Theory: Utilization and application* (2nd. Ed). St. Louis: Mosby.

Alves, R. (2001). *É brincando que se aprende*. Páginas Abertas.v. 27, n. 10, p. 20-21.

Amendoeira J; Barroso I; Coelho T; Santos I; Godinho C; Saragoila F; Marques G; Filipe D (2003). *Os Instrumentos básicos na construção da disciplina de enfermagem: Expressões e significados*. Santarém: Escola Superior de Enfermagem. 241 f. Trabalho de Investigação.

Aquino, D. (2004). *Construção e implantação da prescrição de enfermagem informatizada em uma UTI*. Rio Grande, Fundação Universidade Federal do Rio Grande.

Associação Portuguesa de Enfermeiros (2003). CIPE/ICNP - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Versão Beta 2.

Atkinson; Murray (1989). *Fundamentos de Enfermagem, Introdução ao Processo de Enfermagem*. Editora Guanabara, Rio de Janeiro

Bellman, M; Lingam, S; Auket, A (1996). *Shedule of Growing Skills II*. Manual técnico. 1ª edição. London: NFER Nelson Publishing Company Lda.

Bendixen, R; Elder, J; Donaldson, S; Kairalla, J; Valcante, G; Ferding, R (2011). *Effects of a Father-Based In-Home Intervention on Perceived Stress and Family Dynamics in Parents of Children*

With Autism. The American Journal of Occupational Therapy, Novembro/Dezembro, vol. 65, nº 6, p. 679-688. Consultado a 14/12/2014 em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=6&sid=a3acf2a8-2b67-49e8-8221-836e9f4e500c%40sessionmgr110&hid=110&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mdc&AN=22214112>

Bernardo, W; Nobre, M; Jatene, F. (2004) *A prática baseada em evidências, Parte II- Buscando as evidências em fontes de informação*. Revista Brasileira de Reumatologia, v. 44, nº 6, p. 403-409, nov/dez

Bjorklund, D; Pellegrine, A. (2000). *Child Development and Evolutionary Psychology*. Child Development, v. 71, n. 6, p. 1687–1708.

Borges, A. (2008). *A criança, o brincar e a interação entre pais e filhos*. Rev. Ed. Popular, Uberlândia, v. 7, p.120-126, jan./dez.

Brougère, G; Wajskop, G. (1997). *Brinquedo e cultura*. 2ª ed. São Paulo: Cortez.

Burroughs, A. (1995). *Uma introdução à Enfermagem Materna*. Porto Alegre: Artes Médicas

Carpenitto, L. (2002). *Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica*. Porto Alegre, Artes Médicas.

Chivanon, N; Wacharasin, C; Homchampa, P; Phuphaibul, R (2011). *Parent/Grandparent-Child Interactions and their Influence on Child Development*. Pacific Rim Int J Nurs Res, vol 15, nº 4, Outubro/Dezembro, p. 305-322. Consultado a 14/12/2014 em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=7&sid=a3acf2a8-2b67-49e8-8221-836e9f4e500c%40sessionmgr110&hid=110&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=ccm&AN=2011383711>

Cochran, M; Bronfenbrenner, U. (1978). *Child rearing, parenthood and the world of work*. In work in America: the decade ahead, ed. C. Kerr and J. M: Rosow, Scarsdale, N. Y: Work in America Institute.

- Collière, M. (1999). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa. 4ª Tiragem. Edições técnicas e sindicato dos enfermeiros portugueses.
- Colom, D. (2000). *La Planificación del Alta Hospitalaria. Colección Sociedad e Salud Hoy*. Saragoça: Mira Editores.
- Comissão Europeia (2011). Os direitos das crianças vistos por elas próprias.
- Cordazzo, S. (2003). *Caracterização das brincadeiras de crianças em idade escolar*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.
- Cordazzo S; Vieira, M. (2007). *A brincadeira e suas implicações nos processos de aprendizagem e de desenvolvimento*. Revista em estudos e pesquisas em psicologia RJ, v. 7, n. 1, p. 92-104, abr.
- Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Coimbra: Quarteto.
- Direção Geral de Saúde (2013). *Programa nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Direção Geral da Saúde, ministério da Saúde.
- Direção Regional de Saúde (2009). *Programa Regional de Saúde Escolar e de Saúde Infanto-Juvenil*.
- Dohme, V. (2002). *Atividades lúdicas na educação: O caminho de tijolos amarelos do aprendizado*. Dissertação de Mestrado, Curso de Pós-Graduação em Educação, Arte e História da Cultura, Universidade Presbiteriana Mackenzie. São Paulo.
- Domingues, A.; Motti, T.; Palamin, M. (2008). *O brincar e as habilidades sociais na interação da criança com deficiência auditiva e mãe ouvinte*. Estudo de psicologia, Campinas, 25 (1), 37-44.
- Elkonin, D. (1998). *Psicologia do jogo*. São Paulo: Martins Fontes.
- Ferland, F. (2006). *Vamos brincar? Na infância e ao longo de toda a vida*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Formarier, M. (2000). Le concept d'accueil ou comment former les futures professionnels à l'accueil. In Apache. Guide de l'hospitalisation de enfants. France: Apache. p. 74-78
- Friedmann A. (2004). *A arte de brincar: brincadeiras e jogos tradicionais*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.
- Friedmann, A. (1996a). *O direito de brincar: a brinquedoteca*. 4ª ed. São Paulo: ABRINQ.
- Friedmann, A. (1996b). *Brincar: crescer e aprender o resgate do jogo infantil*. São Paulo: Moderna.
- Ginsburg, K. (2007). *The importance of play in promoting healthy child development and maintaining strong parent-child bonds*. American Academy of Pediatrics Committee on Communications and Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. Pediatrics 2007;119:182-191. doi:10.1542/peds.2006-269.
- Guyatt, G.; Rennie, D. (2002). *User's guides to the Medical Literature: A manual for Evidence-Based Clinical practice*. Chicago: American Medical Association. Consultado em 07/01/2015 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC128970/#>
- Hintz, H. (2001). *Novos tempos, novas famílias? Da modernidade à pós-modernidade*. Pensando Famílias, n. 3, p. 8-19
- Hockenberry, M.; Wilson, D.; Inkelstein, M. (2006). *Wong fundamentos de enfermagem pediátrica*. 7ª ed. Rio de Janeiro : Elsevier.
- Hohmann, M, Weikart, D. (2003). *Educar a criança*. (2ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Horta, V. (1979). *Processo de Enfermagem*. São Paulo; EPU
- Huber D, McClelland E. (2003). *Patient preferences and discharge planning transitions*. J Prof Nurs. 19(4):204-10
- Huerta (1990). *Brinquedo no hospital*. Rev Esc Enfermagem. USP; 24 (3):319-28.

- Jiménes J, (2003). *Clasificación de pacientes em los servicios de urgencias y emergencias: hacia um modelo de triaje estruturado de urgencias y emergencias*. Emerg.15:165-74.
- Kishimoto, T. (2002). *O brincar e suas teorias*. São Paulo: Pioneira-Thomson Learning.
- Machado, M. (2007). *Família e Insucesso Escolar*. Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Porto.
- Maçola, L.; Vale, I.; Carmona, E. (2010). *Avaliação da auto-estima de gestantes com uso da Escala de Autoestima de Rosenberg*. Revista da Escola de Enfermagem, 44(3), 570-577.
- Melo, L.; Valle, E. (2005). *O brinquedo e o brincar no desenvolvimento infantil*. Psicologia argumento. Vol. 23, n. 40, p. 43 – 48.
- Milteer, R; Ginsburg, K; (2012). *Council on Communications and Media; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. The importance of play in promoting healthy child development and maintaining strong parent-child bonds: focus on children in poverty*. Pediatrics; 129: e 204-13. doi: 10.1542/peds.2011-2953.
- Nightingale, F. (1989). *Notas sobre a enfermagem: o que é e o que não é*. São Paulo, Cortez/Brasília.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem- Enquadramento conceptual; Enunciados descritivos*. Lisboa: Autor
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Cadernos OE, Série I, n. 3, Volume I.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia orientador de boa prática - estratégias não farmacológicas no controlo da dor*. Cadernos OE. Série 1, n. 6.
- Pedro, J (2004). *Análise Psicológica, O que é ser criança? Da genética ao comportamento*. 1 (XXII): 33-42
- Piazera Q.; Costa K. (2004). *A importância do brincar no desenvolvimento psicomotor*. Rev Divulgação Técnico-científica do ICPG. 2004; 2(6): 47-50.

Poletto, R. (2005). *A ludicidade da criança e a sua relação com o contexto familiar*. Psicologia em estudo, 10, p. 65-75.

Potter, P.; Perry, A. (2006). *Fundamentos de enfermagem: Conceitos e Procedimentos*. 5ª ed. Loures: Lusociência. XXVIII.

Regulamento nº 122/2011. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Publicado em Diário da República, 2.ª série, 18 de Fevereiro 2011.

Regulamento nº 123/2011. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Publicado em Diário da República, 2.ª série, 18 de Fevereiro 2011.

Rosa, S. (1998). *Brincar, conhecer, ensinar*. São Paulo: Cortez, (Coleção Questões de Nossa Época).

Sá, E. (2006). *Criança para sempre: é bom crescer com os pés na terra e com a cabeça na lua*. Lousã: Oficina do Livro.

Sackett, D; Straus, S; Richardson, W; Rosenberg, W; Haynes, R. (2000) *Evidence-Based Medicine: how to practice and teach*. EBM.2ª ed. London: Churchill Livingstone.

Sampaio, R; Mancini, M. (2007) *Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica*. Rev. bras. fisioter., São Carlos, v. 11, n. 1, p. 83-89, jan./fev. Revista Brasileira de Fisioterapia.

Santa Roza, E. (1993). Quando brincar é dizer: a experiência psicanalítica na infância. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

Santos, A. (2011). *NIDCAP: Uma filosofia de cuidados...* Nascer e crescer. Revista do hospital de crianças Maria Pia, ano 2011, vol XX, nº1, p.26-31

Santos, S. (2012). *Desenvolvimento e aprendizagem*. Conhecimentos pedagógicos, p. 1-113. Consultado no dia 22/11/2014 em <http://www.preparaweb.com.br/Apostilas/Magisterio/CONHPEDAGOGICOSSandraJAN2012.pdf>

- Smith, P. (1982). *Does play matter: Functional and evolutionary aspects of animal and human play*. Behavioral and Brain Sciences, v. 5, n.1, p. 139-184.
- Tetelbom, M.; Falceto, O.; Gazal, C. Shansis F.; Wolf A. (1993). *A criança com doença crônica e sua família: importância da avaliação psicossocial*. J. Pediatria; 60 (1): 5-11
- Tomey, A; Alligood M (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5ª Edição. Loures: Lusociência.
- Tomopoulos, S; Dreyer, B; Tamis-LeMonda, C; Flynn, V; Rovira, I; Tineo, W; Mendelsohn, A (2006). *Books, Toys, Parent-Child Interaction, and Development in Young Latino Children*. Ambulatory Pediatric Association, vol 6, nº 2, Março/Abril, p.72-78. Consultado em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=8&sid=a3acf2a8-2b67-49e8-8221-836e9f4e500c%40sessionmgr110&hid=110&bdata=Jmxhbmc9cHQtYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mdc&AN=16530142>
- Unicef (1959). Declaração Universal dos Direitos das Crianças. Consultado a 13/01/2015 em http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/c_a/lex41.htm
- Unicef (1989). *A Convenção sobre os Direitos da Criança*. Consultado a 27/12/2014 em www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- Vayer, P; Roncin, C (1993). *Psicologia atual e desenvolvimento da criança*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Vygotsky, L; Luria, A.; Leontiev, A. (2001). *Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem*. São Paulo: Ícone.
- Vygotsky, L. (1991). *A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Wenders, A. (1994). *A paisagem urbana*. Revista do património histórico nacional. Rio de Janeiro, n. 23.
- Wiezell, A; Villela, F. (2008). *A brinquedoteca e o brincar no hospital: diálogo entre o lúdico e o terapêutico*. Nucleus, v. 5, n.2, Out. p. (39-50)

Winnicott, D. (1975). *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora.

Winnicott, D (1979). *A criança e o seu mundo*. Rio de Janeiro: Zahar editores.

World Health Organization (2002). The World health report: Reducing risks, promoting healthy life.

Yaegashi, S., França, S. (2002). *O brincar na infância segundo mães de crianças na faixa etária entre zero e quatro anos de idade*. Iniciação Científica, Cesumar, mar- jul, v. 4, n.1,p 69-76.

Zuccolotto, S. (2009). *A desvalorização do brincar pela família do século XXI*. Revista eletrônica de Divulgação Científica da faculdade Dom Doménico, 2ª Edição, Outubro. Consultado em 17 de Dezembro de 2014, em http://www.faculadadedondomenico.edu.br/novo/revista_don/artigo1_ed2.pdf

Anexos

Anexo I
Projeto de estágio



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM II E
RELATÓRIO

PROJETO DE ESTÁGIO

INTERNAMENTO PEDIÁTRICO
NEONATOLOGIA
URGÊNCIA PEDIÁTRICA
OUTUBRO DE 2013 A MARÇO 2014

Professora orientadora: Regina Ferreira

Enfermeiro cooperante:

Mestranda: Maria de Fátima Rodrigues Gonçalves

UNIDADE CURRICULAR – ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM II E
RELATÓRIO

BRINCAR ARTE DE FAZER SONHAR (RELAÇÃO DE AMOR ENTRE PAIS E FILHOS)



Professora orientadora: Regina Ferreira

Enfermeiro cooperante:

Mestranda: Maria de Fátima Rodrigues Gonçalves

"Só é possível ensinar uma criança a amar, amando-a."

Goethe, Johann

INDICE

	Pag
0- INTRODUÇÃO -----	8
1 - CONCEPTUALIZAÇÃO-----	10
2 - METODOLOGIA-----	18
2- PLANO DE ATIVIDADES -----	20
3 - CONCLUSÃO -----	46
4- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	48

0 - INTRODUÇÃO

O curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem prevê a realização de dois momentos de ensino clínico, um em contexto de cuidados de saúde primários e outro em cuidados de saúde diferenciados. Decorrido o primeiro período chega o momento de refletir sobre o mesmo para daí tirar contributos para o próximo momento. O facto de serem campos de atuação tão distintos obriga o enfermeiro a mobilizar todos os conhecimentos adquiridos em sala de aula para encontrar respostas no que diz respeito à aquisição de novas competências.

Os objetivos definidos pela escola para este estágio foram: Assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; Prestar cuidados de enfermagem complexos e especializados em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem; Cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade. O atingir destes objetivos conduzirá à aquisição de competências inerentes ao Enfermeiro Especialista de Saúde da Criança e do Jovem.

A elaboração de um projeto de estágio faz parte de um processo de aprendizagem que é pessoal e único do formando, e que visa promover o desenvolvimento de competências clínicas e a autonomia no percurso de desenvolvimento profissional. Por outro lado a aquisição de um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades resultantes da formação teórica e da prática clínica conduz a competências clínicas que se revelam na prestação de cuidados seguros e de qualidade.

Este estágio será repartido em 3 momentos: de 28 de Outubro a 6 de Dezembro decorrerá no serviço de Internamento de Pediatria; de 09 de Dezembro a 24 de Janeiro realizar-se-á no serviço de Neonatologia, com interrupção para férias de 23 de Dezembro a 03 de Janeiro; e por fim, de 03 a 28 de Fevereiro, desenvolver-se-á no Serviço de Urgência.

A elaboração do anterior projeto obrigou a seleção de um tema - “o brincar”. Para tal foi necessário um investimento ao nível de uma pesquisa bibliográfica contínua sobre a temática em foco. Este facto conduziu a um aumento gradual e aprofundado dos conhecimentos. A aplicação prática desses conhecimentos produziu resultados quer ao nível da mestranda quer ao nível do alvo do projeto: os pais e as crianças, como ficou demonstrado no relatório de estágio I.

Como se considera que a promoção da relação de amor entre pais e filhos, através do uso da brincadeira, é uma temática abrangente e transversal a todas as realidades de campos de

estágio e que se tem vindo a revestir de uma importância crescente na dinâmica da atualidade, decide-se investir no mesmo tema para o aplicar na área de cuidados diferenciados.

O brincar é tão importante que já em 1959, a Assembleia Geral das Nações Unidas, aprovou por unanimidade o princípio VII da Declaração Universal dos Direitos da Criança, onde se estabelece que toda a criança tem direito ao lazer infantil. A brincadeira é essencial para o desenvolvimento da criança, não podendo o seu valor ser subestimado.

Mas se já é mais ou menos consensual que a brincadeira e a criança não podem ser dissociadas, ainda não está unanimemente aceite que o desenvolvimento de brincadeiras entre pais e filhos acarrete alguns benefícios. No entanto, o facto é que participar da brincadeira dos filhos dá uma vantagem aos pais: conhecê-los melhor. Como a criança se expressa através da brincadeira, os pais observadores podem descobrir as vulnerabilidades e os pontos fortes dos seus filhos, aumentando o grau de confiança e o vínculo entre ambos.

Assim os objetivos definidos para este projeto são:

- Fundamentar sumariamente a temática em estudo;
- Planear as atividades a desenvolver ao longo do estágio.

A avaliação do projeto decorrerá durante a sua implementação, para que, se necessário, se proceda à definição de novas intervenções, ou mesmo de novas estratégias caso os objetivos não estejam a ser atingidos, e no final para fazer um balanço do trajeto percorrido e dos resultados alcançados.

2- CONCEPTUALIZAÇÃO

O ensino clínico decorrido em cuidados de saúde primários, permitiu o desenvolvimento de competências definidas para o enfermeiro especialista de saúde da Criança e do Jovem. De entre todas as atividades, a mais satisfatória, foi sem dúvida, a que implicou o desenvolvimento de estratégias para trabalhar um tema de interesse pessoal - “o brincar”.

O objetivo geral deste projeto visava promover a atividade lúdica entre os pais e a criança de forma a estimular o seu desenvolvimento e o fortalecimento dos seus laços afetivos.

A enfermagem é uma profissão que procura acompanhar as mudanças ocorridas na sociedade, o que exige aos profissionais uma reflexão sobre o processo de cuidar do utente, para se atingir um processo de cuidados individualizado, dando primazia à promoção da saúde. Nesta procura, os enfermeiros têm vindo a consciencializar-se da necessidade de desenvolver um cuidado na prática, com base no ensino, na teorização e na pesquisa para assim construir um corpo teórico específico da enfermagem (Nascimento e Erdmann, 2009).

Estas atividades estão inseridas num dos aspetos fulcrais da enfermagem que é a promoção da saúde. O desenvolvimento desta área contribui para o reconhecimento da importância das ações de enfermagem em qualquer nível de assistência à saúde (Jackson, Perkins, *et al.* 2005).

A educação para a saúde é não só uma atividade básica de saúde pública como uma necessidade humana básica. Visa à troca de conhecimentos essenciais para a conservação da saúde e da sua valorização.

Para Gomes, Andrade, *et al.* (2005), o enfermeiro é educador quando “...através de seus conhecimentos aplicados em ações educativas, busca despertar o indivíduo para sua realidade fazendo-lhe perceber o que o circunda viabilizando que ele tenha capacidade para se autocuidar e melhorar, se assim desejar, sua qualidade de vida”.

Os resultados obtidos através da implementação do projeto demonstraram que os pais, as crianças e os enfermeiros da Unidade de Saúde Familiar ficaram sensibilizados para a importância do estabelecimento de uma relação lúdica entre os pais e as crianças.

A procura da resposta a uma questão clínica bem construída pode ser realizada em inúmeras fontes de informação. Atendendo ao local de onde se obtém a informação, a decisão

clínica pode não ser sustentada pelas melhores evidências disponíveis na atualidade, expondo o utente a um risco desnecessário.

A pesquisa bibliográfica efetuada para desenvolver o projeto anterior baseou-se em bibliografia existente que levava a concluir que a relação lúdica entre pais e filhos estimulava o desenvolvimento da comunicação entre ambos. A experiência decorrente da prática também conduzia à mesma conclusão. Da reflexão sobre este facto conclui-se que esta poderá apenas ser uma percepção pessoal e que não tem fundamento científico, assim o mais correto é partir desta situação particular para obter a evidência, ou seja, tornar real a prática baseada na evidência.

Para Sackett, Straus, *et al.* (2000), a Prática Baseada na Evidência “...tem sido definida como o uso consciente, explícito e criterioso da melhor e mais atual evidência de pesquisa na tomada de decisões clínicas sobre o cuidado de pacientes”.

A pesquisa de dados científicos é a forma mais correta para que qualquer profissional se mantenha a par das atualizações ao nível da saúde, mas para tal há que ter em atenção que apenas uma evidência pode não ser suficiente para esclarecer uma determinada questão de pesquisa e que é importante que a mesma seja o mais possível atualizada no tempo.

“Uma revisão sistemática, assim como outros tipos de estudo de revisão, é uma forma de pesquisa que utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema” (Sampaio e Mancini, 2007, p.84).

O processo de elaboração de um estudo de revisão sistemática é constituído por várias etapas. A primeira consiste na conceptualização dos conceitos que emergem da prática relacionada com o objeto de estudo, e são eles: enfermagem, pais, criança, brincar e comunicação.

O primeiro conceito que emergiu foi a **enfermagem**. Esta é uma profissão centrada em interações onde cada pessoa, por vivenciar um projeto de saúde, se torna singular, única e indivisível num momento único de cuidado. De acordo com Collière (1999), desde o início da história da Humanidade que o cuidar é imperativo no sentido de garantir a continuidade da vida, do grupo e da espécie. Ao longo dos tempos o cuidar esteve implícito ao “Ser humano” inserido numa comunidade. A enfermagem nasce como a profissão que cuida do ser humano doente ou são, ao longo do ciclo vital e dos grupos sociais em que se integra, de modo a que recuperem e mantenham a saúde com qualidade.

Tomey e Alligoog (2004, p.428) citam Peplau a descrever a enfermagem como “...um processo interpessoal, significativo e terapêutico. Funciona em cooperação com outros processos humanos que tornam a saúde possível para os indivíduos nas comunidades”. Os enfermeiros participam na organização de condições que auxiliam as tendências naturais em curso nos organismos humanos. Ainda os mesmos autores a citarem Peplau referem que “...a enfermagem é

um instrumento educativo, uma força de maturação que tenciona promover o movimento de progresso da personalidade no sentido de uma vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária”.

A Ordem dos Enfermeiros (2001) indica que “...o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades)”.

Amendoeira (2003, p.45) a mencionar Meleis refere que “...as interações enfermeiro/cliente, são organizadas em torno de um objetivo (démarche clínica, resolução de problemas, avaliação holística) e o enfermeiro usa alguma ação (terapêutica em cuidados de enfermagem), para melhorar, facilitar ou promover a saúde”.

A cientificidade da profissão de enfermagem assenta em pilares que são as teorias de enfermagem, pois são elas que ajudam o enfermeiro a implementar o cuidado metodológico na sua rotina de trabalho.

De entre as várias teorias formuladas a que mais se adequa ao tema da relação lúdica entre pais e filhos, é do de Katryn E. Barnard e o seu Modelo de Interação Pais-Filhos.

“O principal foco do trabalho de Barnard foi o desenvolvimento de instrumentos de apreciação para avaliar a saúde, o crescimento e o desenvolvimento da criança, ao mesmo tempo que vê os pais e a criança como sistema interativo. Barnard declarou que o sistema do prestador de cuidados/criança era influenciado pelas características individuais de cada membro e que as características do indivíduo também foram modificadas para satisfazer as necessidades do sistema. Ela define modificação como comportamento adaptável” (TOMEY, ALLIGOOD,2004, p.546).

Barnard descreveu os principais pressupostos:

- Enfermagem é “...o diagnóstico e tratamento das respostas humanas aos problemas de saúde (Tomey eAlligood, 2004, p.547)”. Refere que em relação aos cuidados centrados na família, o objetivo é “...assistir as famílias no fornecimento de condições que promovam o crescimento e desenvolvimento dos membros individuais” (Tomey e Alligood, 2004, p. 547)”.

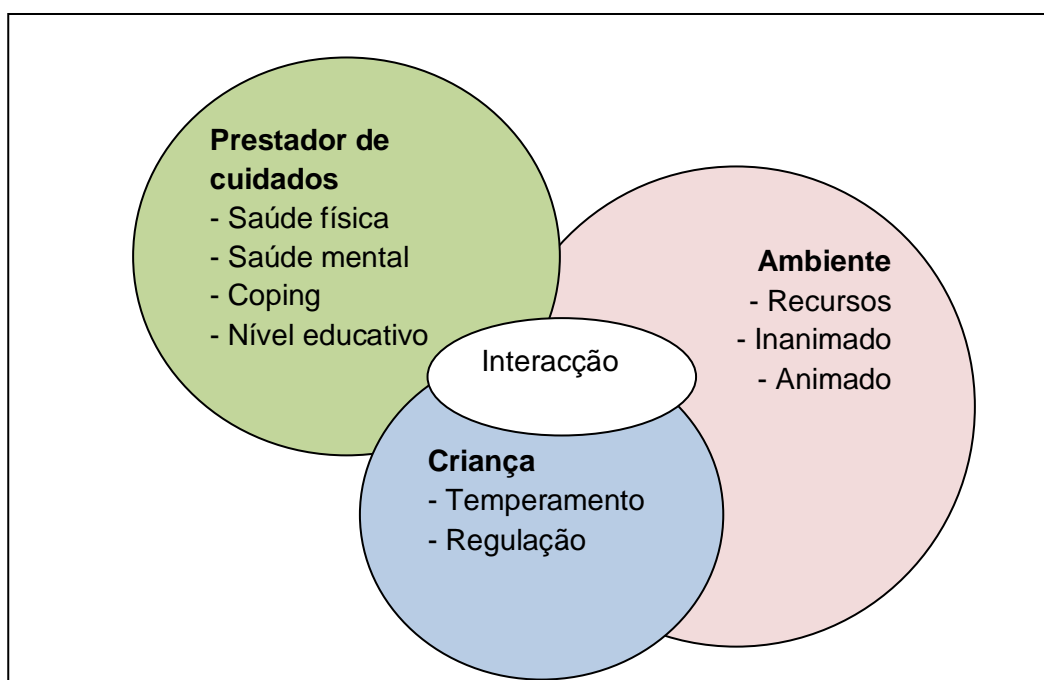
- Pessoa tem “... a capacidade para tomar parte numa interacção à qual ambas as partes da díade trazem qualidades, competências e respostas que afectam a interacção.” O termo pessoa incluía os bebés, as crianças e os adultos (Tomey e Alligood, 2004, p. 547)”.

- Saúde é “... um estado de ser dinâmico no qual o potencial de desenvolvimento e de comportamento de um indivíduo é concretizado até à máxima extensão possível [...] (Tomey e Alligood,2004, p.547)”. As mesmas autoras referem que Barnard também se preocupou com a família durante os períodos de bem-estar, fazendo notar que um indivíduo ou família pode

necessitar de diversos graus de assistência para receber informações sobre questões de saúde ou para receber informação antecipatória para melhorar ou manter a mesma.

- Ambiente é um aspeto essencial da teoria de Barnard, referindo que “...na essência, o ambiente inclui todas as experiências enfrentadas pelas crianças: pessoas, objetos, locais, sons, sensações visuais e tácteis.” (Tomey e Alligood,2004, p.548)”.

A teoria de Interação da Apreciação da Saúde da Criança de Barnard pode ser demonstrada através de um diagrama.



Neste modelo o círculo mais pequeno representa a criança e as suas características, o prestador de cuidados está representado no círculo médio, e o ambiente, que diz respeito tanto ao da criança como ao do prestador de cuidados, está representado no círculo maior. A área em que se entrecruzam os três conceitos representa um processo de interação crucial entre mãe-criança-ambiente, que é a base de sustentabilidade da teoria de Barnard (Tomey e Alligood,2004).

O conceito **pais** foi o segundo a ser explorado. Este aparece muitas vezes associado ao termo família que para Dias (2005, p. 210), “...é um grupo aparentado responsável principalmente pela socialização de suas crianças e pela satisfação de necessidades básicas. Ela consiste em um aglomerado de pessoas relacionadas entre si pelo sangue, casamento, aliança ou adoção, vivendo juntas ou não por um período de tempo indefinido.”

A família adquiriu neste século, um estatuto de importância crescente como primeira célula social da qual a criança faz parte e que será responsável pela sua formação individual e social.

Para Ackerman (1974), a família é a unidade básica de desenvolvimento e experiência, realização e fracasso, saúde e doença.

O papel da família estável é oferecer um campo de treino seguro, onde as crianças possam aprender a ser mais humanas, a amar, a formar sua personalidade única, a desenvolver sua autoimagem e a relacionar-se com a sociedade mais ampla e imutável, da qual e para a qual nascem.

A família é um sistema bastante complexo, com características únicas, que pode diferir em tamanho, elementos que a compõem, valores, etc. É ainda um sistema altamente interativo, pois o que ocorre com um dos seus elementos repercute-se em todos os outros.

Os pais são figuras poderosas que cuidam, protegem, transmitem afetos, valores, conhecimentos e provocam sensações de prazer, mas também proibem coisas, criticam, exigem e provocam frustrações e, em muitos momentos são odiados por isso.

Se conseguem ser pais suficientemente bons propiciam aos filhos, as condições para que ele se constitua como sujeito psíquico, com capacidade para se amar a si mesmo e ao outro, com uma subjetividade e uma autonomia que lhe possibilite, um dia cuidar da própria vida.

A partir do nascimento, a criança é inserida num contexto familiar que se torna responsável pelos seus cuidados físicos, pelo seu desenvolvimento psicológico, emocional, moral e cultural na sociedade. Com isso, através da contato humano a criança supre as suas necessidades e inicia a construção dos seus esquemas perceptuais, motores, cognitivos, linguísticos e afetivos.

A **criança** foi o terceiro termo a ser analisado. Para Pedro (2004, p.33) “A criança é razão de ser do mundo e, mais do que isso, representa o futuro desse mundo.” A Convenção dos Direitos da Criança (2004, p. 6) define a criança como “...todo o ser humano com menos de dezoito anos, excepto se a lei nacional confere a maioridade mais cedo.”

A Direção-Geral de Comunicação da Comissão Europeia (2011, p.5) encomendou um estudo em que as crianças analisavam os direitos que lhe são reservados e uma das conclusões gerais que sobressaiu foi que:

“Além do direito à educação, o direito considerado mais importante para as crianças é o **«direito de ser uma criança»**, ou seja, estar isento de responsabilidades e ter a possibilidade de brincar, crescer e desenvolver-se. Os inquiridos identificaram outros direitos fundamentais, entre os quais se incluem a liberdade de expressão, o acesso à habitação e à alimentação, aos cuidados de saúde, o direito a uma vida familiar, a ser respeitado e a não ser vítima de «bullying».

A infância é uma fase tão importante da vida que deverá ser encarada como determinante na formação do futuro homem, tal como refere (Pedro, 2004, p.40): “O estar bem

na sua pele, o sentir o que vale mais ou menos a pena existir, o amar especialmente alguém, significativamente diferente, é que constitui o mistério moral do homem, determinado inequivocamente, nos primeiros tempos da vida.”

A criança pode ser avaliada em termos de crescimento através de dados antropométricos, no que se refere ao peso, estatura e perímetro cefálico, e em termos de desenvolvimento, analisando o desenvolvimento físico, bem como parâmetros do desenvolvimento psicomotor, escolaridade e desenvolvimento psicossocial. A noção de desenvolvimento está associada a um contínuo de evolução, ao longo de todo o ciclo vital. Essa evolução, nem sempre linear, ocorre em diversos campos da existência, tais como afetivo, cognitivo, social e motor.

O desenvolvimento infantil pode então ser considerado o processo de humanização da criança, que inter-relaciona aspectos biológicos e psíquicos, cognitivos e ambientais, socioeconómicos e culturais, permitindo à criança a incorporação de forma ativa e transformadora na sociedade em que vive.

A criança e o brincar estão tão intimamente ligados que por vezes torna-se difícil dissociá-los. Apesar de não ter sido sempre assim ao longo da história, em 1959 na Declaração Universal dos Direitos das Crianças, definida pela UNICEF, o brincar foi centro de atenções ao se definir no Artigo 31 (p.22) o **direito à educação gratuita e ao lazer infantil** mencionando no ponto 1 que “Os Estados Partes reconhecem à criança o direito ao repouso e aos tempos livres, o direito de participar em jogos e actividades recreativas próprias da sua idade e de participar livremente na vida cultural e artística.”

O quarto conceito que emergiu da prática foi o **brincar**. Este é um ato natural e essencial para qualquer criança, tão essencial ao seu desenvolvimento como a alimentação e o carinho. Enquanto brinca, a criança organiza a sua forma de pensar e sentir, mostra como vê a realidade, aprende a interagir com os outros e vive as situações de uma forma espontânea e alegre.

Leontiev, Vigotsky, *et al.* (2001) referem que a criança, ao brincar é capaz de se apoderar do mundo concreto dos objetos humanos por meio da reprodução das ações realizadas pelos adultos com esses objetos.

A atividade de brincar é um acto social, um caminho para a comunicação para consigo própria e para com os outros, experimentando e compreendendo o mundo, construindo e testando os seus sentimentos, inseguranças e medos.

O brincar permite a vivência de vários estados emocionais. Segundo Winnicott (1979, p.162) “...conquanto seja fácil perceber que as crianças brincam por prazer, é muito mais difícil para as pessoas verem que as crianças brincam para dominar angústias, controlar ideias ou impulsos...”. A forma como a criança brinca revela a sua personalidade e a forma como está

estruturada para se relacionar com o mundo, ou seja, é claramente visível nos sentimentos que as brincadeiras despertam, como por exemplo os jogos (ganhar e perder).

Brincar é natural na criança, facilita o seu crescimento harmonioso, desenvolve a relação com o outro, é uma forma de comunicação, ajuda a aprender a resolver conflitos e a lidar com as situações.

O termo brincar tem origem na palavra latina, *vinculum*, que significa laço, união (Santa Roza, 1993, p.23). Ora, através da brincadeira, a criança cria, interpreta e estabelece relações e vínculos. Winnicott (1979:163) defende a mesma ideia ao referir que "...a brincadeira fornece uma organização para a iniciação de relações emocionais e assim propicia o desenvolvimento de contatos sociais".

Quando se brinca evoca-se uma relação de domínio entre a realidade psíquica e o mundo real no qual se vive, conferindo harmonia ao pensamento e às emoções. Por isso quando se brinca organiza-se o mundo interior e abre-se espaço para a aprendizagem.

Para Winnicott (1975) o brincar facilita o crescimento e, em consequência, promove a saúde. Uma criança que não brinca deve ser alvo de atenção, uma vez que para o mesmo autor "...a brincadeira é a prova evidente e constante da capacidade criadora, que quer dizer vivência" (*ibidem*, 1979, p.163).

Durante as brincadeiras e jogos a criança desenvolve aspetos importantes para o seu crescimento, tais como: desenvolvimento físico (muscular), raciocínio lógico, percepção sensorial, socialização, comunicação e criatividade.

Para Borges (2008, p.122) "...a interação entre pais e filhos, por meio do brincar e da brincadeira, é oportunidade ímpar de tecer conhecimentos, pois permite o repassar de experiências reconhecidas como senso comum..."

Winnicott (1975, p. 80) debruçou-se sobre a importância do brincar referindo mesmo que "É no brincar, e somente no brincar, que o indivíduo, criança ou adulto, pode ser criativo e utilizar sua personalidade integral: e é somente sendo criativo que o indivíduo descobre o seu eu – ou Self."

O brincar entre pais e filhos pode-se promover mas para tal é "...necessária a conscientização, por parte dos pais, sobre os grandes benefícios adquiridos por esta nova forma de viver em consonância com a criatividade e alegria espontânea, capazes de estreitar laços com os filhos em relações solidárias e de igualdade" (Borges, 2008, p.122).

Em suma, o ato do pai brincar com o seu filho vai muito para além do estímulo do cérebro e físico das crianças, transformando-se principalmente num momento de diálogo e troca afetiva entre ambos.

O último conceito a ser explorado foi a **comunicação**. Esta palavra tem origem etimológica no termo latino *communicare*, que significa colocar em comum, partilhar, entrar em relação com (Mendes,1994.)

Comunicar é, então, trocar ideias, sentimentos e experiências entre pessoas que conhecem o significado daquilo que se diz e do que se faz.

Quando se transmite uma mensagem, oral ou escrita, é fundamental conhecer-se não só o significado que se atribui às coisas, aos gestos (comunicação não-verbal), às palavras e expressões, mas também às possíveis significações que as outras pessoas, com quem se comunica, possam dar-lhe. Caso contrário, poderão surgir barreiras à comunicação.

Analisando a família conclui-se que funciona simultaneamente como um processo de interação e de integração dos seus membros. A comunicação é o elo de ligação que constitui condição de convívio e de sustentação de todo o sistema, baseando-se na igualdade ou na diferença (Giddens, 2004).

A família como sistema comunicacional contribui para a construção de soluções integradoras dos seus membros no sistema como um todo. A comunicação entre todos os membros é importante entre todos os membros da família, torna-se ainda mais relevante na relação progenitor filho porque a influência principal na vida moral dos filhos é essencialmente exercida pelos pais, sobretudo das crianças mais novas (Weissbourd, 2010).

Na relação familiar, os membros interagem através da comunicação, desenvolvendo trocas entre o sistema familiar e o meio que os envolve cultural e socialmente, a família e a sociedade.

Para Dias (2011),

“o processo de comunicação no sistema familiar conduz o indivíduo à adaptação social, caso contrário a relação familiar torna-se insustentável e a possibilidade do fracasso da sua integração no sistema familiar e no sistema social pode acontecer. O sistema familiar pode facilitar as trocas adaptativas ajustando as mudanças que se dão no meio ambiente. A comunicação torna-se assim parte integrante do indivíduo na família e na sociedade.”

Em conclusão, pode-se afirmar que a família é um elemento fundamental para o desenvolvimento da personalidade dos seus membros, proporcionando um terreno seguro e estruturante onde se desenvolver. É o espaço privilegiado para a formação do carácter dos filhos, onde os adultos desempenham um papel decisivo no pleno desenvolvimento das suas capacidades, atitudes e valores. É na comunicação que assentam as práticas de interação formativa, relacional, educativa, de interação e integração social dos elementos que constituem.

2 - METODOLOGIA

A Revisão Sistemática da Literatura é o método de pesquisa utilizado para realização deste trabalho. Estas revisões

“... são desenhadas para ser metódicas, explícitas e passíveis de reprodução. Esse tipo de estudo serve para nortear o desenvolvimento de projetos, indicando novos rumos para futuras investigações e identificando quais métodos de pesquisa foram utilizados em uma área”

(Sampaio e Mancini, 2007).

Atendendo à conceptualização realizada anteriormente, e seguindo o protocolo da revisão sistemática da literatura que tem por base a metodologia PIO (quadro n.1), que se encontra expressa, foi formulada a seguinte questão:

- Os enfermeiros promovem a comunicação entre os pais e a criança através do brincar?

Quadro n.1 - Protocolo de revisão sistemática segundo a metodologia PIO

		Palavras-chave	Descritores
População	Criança e pais	Enfermagem	Nurs*
		Pais	Parents
		Criança	Child
Intervenção	Promoção do brincar	Brincar	Role playing
Outcomes	Comunicação	Comunicação	Communication

Assim como qualquer outra investigação científica, uma boa revisão sistemática requer uma pergunta ou questão bem formulada e clara, e foram esses os pressupostos que guiaram a elaboração da questão. Como a busca da evidência tem início com a definição de termos ou palavras-chave, foi o passo que conduziu à definição das seguintes palavras-chave: enfermagem, pais, criança, brincar e comunicação.

As palavras-chave encontradas deram origem aos seguintes descritores: Nurs*, parents, child, role play e communication. Todos estes descritores foram validados na Mesh Browser (2014), e conduziram aos seguintes resultados:

Nursing - The field of nursing care concerned with the promotion, maintenance, and restoration of health.

Parents - Persons functioning as natural, adoptive, or substitute parents. The heading includes the concept of parenthood as well as preparation for becoming a parent.

Child - A person 6 to 12 years of age. An individual 2 to 5 years old is [child, preschool](#).

Role playing - The adopting or performing the role of another significant individual in order to gain insight into the behavior of that person.

Communication - The exchange or transmission of ideas, attitudes, or beliefs between individuals or groups. (Mesh Browser, 2014)

De acordo com Akobeng (2005) a pesquisa numa base de dados eletrônica e noutras fontes é uma habilidade importante no processo de realização de uma revisão sistemática, considerando que sondagens eficientes maximizam a possibilidade de se encontrarem artigos relevantes num período de tempo reduzido.

Uma procura eficaz envolve não só uma estratégia que inclua termos adequados, mas também a seleção de base de dados que insiram mais especificamente o tema. Assim foram selecionadas as bases de dados e definidos os critérios de inclusão e exclusão que seguidamente são apresentados em quadro.

Quadro n.2 – Critérios de inclusão e exclusão para seleção dos artigos a analisar

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	
Booleano/Frase	
Texto completo	
01. Setembro.2003 a 01. Setembro. 2013	
CINAHL	MEDLINE
Resumo disponível	Resumo disponível
1º autor é enfermeira	
Qualquer autor é enfermeira	
Texto completo em pdf	

3 - PLANO DE ATIVIDADES

Neste capítulo enunciam-se os objetivos gerais e específicos que se tentarão alcançar através da concretização das atividades definidas. Também se apontam os intervenientes no processo, o local onde as atividades serão concretizadas e em que momento do ensino clínico.

Assim, os objetivos gerais para este ensino clínico são:

- Adquirir competências gerais de enfermeiro especialista e específicas de enfermeiro especialista em saúde da criança e do jovem;
- Adquirir competências na área da promoção da comunicação entre pais e filhos através do estabelecimento da relação lúdica entre ambos.

OBJETIVO ESPECÍFICO: Desenvolver o conhecimento da estrutura física, orgânica e funcional da Unidade de Saúde, no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais, num contexto profissional e organizacional.

ATIVIDADES	INTERVENIENTE	LOCAL	TEMPO
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reunião com o enfermeiro cooperante para apresentação do projeto pessoal e conjuntamente definir estratégias para se atingirem os objetivos; ➤ Visita à estrutura física do serviço; ➤ Tomada de conhecimento sobre os inputs e outputs do serviço em relação à unidade hospitalar; ➤ Apresentação à equipa multidisciplinar; ➤ Consulta de documentação orientadora das práticas de enfermagem no serviço: protocolos, métodos de trabalho em enfermagem, programas e atividades mais comuns, etc; ➤ Consulta de documentação orientadora de práticas de enfermagem gerais da Unidade Hospitalar: missão, objetivos gerais, etc; ➤ Pesquisa para exploração das características gerais da população alvo; ➤ Identificação de instituições que se interrelacionam com o Hospital; ➤ Consulta de documentação orientadora de normas gerais tais como diretivas gerais da Direção Nacional de Saúde; ➤ Integração na equipa multidisciplinar. 	<p>Fátima Gonçalves e Enfº cooperante</p>	<p>Todos os serviços</p>	<p>1º Dia em cada serviço</p>

OBJETIVO ESPECÍFICO: Assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.

ATIVIDADES	INTERVENIENTE	LOCAL	TEMPO
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar acolhimento à criança/família no serviço, seguindo todos os protocolos; ➤ Realização de processo de enfermagem a crianças/famílias: <ul style="list-style-type: none"> - <u>Avaliação inicial</u> dos hábitos de vida da criança/família; - <u>Definição de objetivos</u> para dar resposta aos problemas de enfermagem detetados; - <u>Realização de atividades</u> para atingir os objetivos definidos; - <u>Avaliação final</u> do atingir dos objetivos e redefinição das atividades se necessário; ➤ Elaboração de referência de enfermagem fundamentada e encaminhamento de situações específicas; ➤ Atuação fundamentada em conhecimentos científicos, tanto em situação de doenças comuns como em situações de risco, encaminhando as crianças para outros profissionais sempre que necessário. ➤ Realização de ensinamentos individualizados à criança/família de acordo com as 	<p>Fátima Gonçalves</p>	<p>Internamento e neonatologia</p> <p>“</p> <p>Todos os serviços</p> <p>“</p>	<p>28/10 2013 a 24/01 2014</p>

<p>necessidades identificadas, no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Atuação negociada com a criança/família para que participem nos cuidados como forma de promoção da sua independência; ➤ Mobilização de estratégias comunicacionais para adequação às diversas faixas etárias. 			
--	--	--	--

OBJETIVO ESPECIFICO: Cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.

ATIVIDADES	INTERVENIENTE	LOCAL	TEMPO
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reconhecimento e resposta imediata e adequada, em situações de risco de morte, incluindo a deteção de situações de maior ou menor risco, através da realização da triagem de enfermagem; ➤ Gestão da dor na criança/jovem e família, tanto física como psicológica, utilizando a escala da dor adequada e fazendo uso de técnicas farmacológicas e não farmacológicas, para otimizar as respostas de enfermagem; ➤ Atendimento das necessidades das crianças com doenças raras, procurando evidências científicas para ampliar os 	Fátima Gonçalves	<p>Serviço de Urgência</p> <p>Todos os serviços</p> <p>“</p> <p>“</p>	<p>27/01 a 21/02 2014</p> <p>28/10 a 21/01 2014</p> <p>“</p> <p>“</p>

<p>conhecimentos;</p> <p>➤ Promoção da adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, diagnosticando necessidades especiais, capacitando para a adoção de estratégias de coping e adaptação, e referenciando para instituições de suporte.</p>			
--	--	--	--

OBJETIVO ESPECIFICO: Prestar cuidados de enfermagem complexos e especializados em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

ATIVIDADES	INTERVENIENTE	LOCAL	TEMPO
<p>➤ Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de tabelas de percentis, - Aplicação do teste de Mary-Sheridan a crianças até aos 5 anos de idade, para detetar precocemente situações de atraso no desenvolvimento, - Encaminhamento de situações identificadas para outros profissionais, - Transmissão de orientações antecipatórias à família; <p>➤ Estimulo à vinculação do recém-nascido com os pais, através de:</p>	<p>Fátima Gonçalves</p>	<p>Internamento “ Todos os serviços Neonatologia Todos os serviços Internamento</p>	<p>28/10 a 06/12/2013 28/10 a 21/02/2014 09/12 a 24/01/2014 28/10 a 21/02/2014 28/10 a</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Contacto físico, - Amamentação, - Cooperação nos cuidados ao recém-nascido, - Relação lúdica; ➤ Desenvolvimento de comunicação adequada ao estadio de desenvolvimento e à cultura de cada família; ➤ Atendendo o adolescente: <ul style="list-style-type: none"> - Fomentando a sua autoestima, - Apoiando a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde, - Facilitando a sua expressão de emoções, - Reforçando positivamente a sua imagem corporal, - Incentivando a sua tomada de decisão, - Apoiando-o na adoção de comportamentos saudáveis. 		e urgência	06/12 e 27/01 a 21/02/2014
---	--	------------	----------------------------------

OBJETIVO ESPECIFICO: Desenvolver uma prática profissional utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica.

ATIVIDADES	INTERVENIENTE	LOCAL	TEMPO
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tomada de decisão suportada em princípios éticos e valores e normas deontológicas, nas variadas situações: <ul style="list-style-type: none"> - Resolução de problemas em parceria com o cliente, - Juízo baseado no conhecimento e experiência, - Construção de tomada de decisão em equipa, - Decisões guiadas pelo código deontológico; ➤ Desenvolvimento de uma prática de cuidados com respeito pelos direitos humanos, dando relevância aos da criança e do jovem, e pelas responsabilidades profissionais: <ul style="list-style-type: none"> - Direito do cliente no acesso à informação, - Direito à confidencialidade, - Direito à privacidade, - Direito à escolha e autodeterminação. 	Fátima Gonçalves	Todos os serviços “	28/10 a 21/02/2014

OBJETIVO ESPECIFICO: Adquirir conhecimentos na área da gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem.

ATIVIDADES	INTERVENIENTE	LOCAL	TEMPO
<p>➤ Observação participativa da ação do enfermeiro chefe ou coordenador na área da gestão de cuidados, no que se refere:</p> <ul style="list-style-type: none">- Processo de tomada de decisão,- Nível de orientação e supervisão das tarefas delegadas garantido a segurança e a qualidade,- Adequação dos recursos às necessidades de cuidados, atendendo à sua qualidade.	Fátima Gonçalves	Internamento	28/10 a 06/12/2013

OBJETIVO ESPECIFICO: Desenvolver aprendizagens profissionais de modo a ser elemento facilitador da transmissão de conhecimentos.

ATIVIDADES	INTERVENIENTE	LOCAL	TEMPO
<p>➤ Desenvolvimento de autoaprendizagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reuniões informais com o enfermeiro cooperante, para se identificarem situações passíveis de melhoria e/ou promotoras de aprendizagem, - Autorreflexão continua, - Pesquisa bibliográfica sempre que necessário para aprofundar conhecimentos e fundamentar a prática, - Reuniões de orientação e avaliação de estágio, com enfermeira cooperante e professora orientadora. - Reflexão crítica sobre o ensino clínico, através de elaboração do relatório de estágio. <p>➤ Atuação como elemento facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico das necessidades formativas no serviço, com 	<p>Fátima Gonçalves, enf^o cooperante e professora orientadora</p> <p>Fátima Gonçalves</p> <p>Fátima Gonçalves</p> <p>“</p>	<p>Todos os serviços</p> <p>Todos os serviços</p>	<p>28/10 a 21/02/2014</p> <p>28/10 a 21/02/2014</p>

<p>incidência nas que se referem ao estímulo à relação lúdica entre pais e crianças;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realização de sessão de formação em serviço, relativa às necessidades de formação identificadas; - Avaliação do impacto da atividade formativa. <p>➤ Interpretação, organização e divulgação de dados provenientes da evidência que contribuem para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem através da realização de uma revisão sistemática de literatura, analisando a promoção da comunicação através da relação lúdica entre pais e filhos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reflexão sobre a prática desenvolvida diariamente e no ensino clínico em cuidados de saúde primários, apresentada em relatório crítico do Estágio de enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem I, - Conceptualização dos conceitos que emergem da reflexão, -Elaboração de pergunta PIO, - Pesquisa de artigos nas bases de dados científicas, 			
--	--	--	--

<p>- Analisar a influência da promoção da comunicação entre os pais e a criança através do brincar,</p> <p>- Aplicação dos resultados provenientes da revisão sistemática na prática e divulgação dos mesmos.</p>			
---	--	--	--

<p>OBJETIVO ESPECÍFICO: Assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.</p>			
ATIVIDADES	INTERVENIENTE	LOCAL	TEMPO
<p>➤ Realização de processo de enfermagem a crianças/famílias:</p> <p>- <u>Avaliação inicial</u> dos hábitos de vida da criança/família, incidindo também no aspeto da relação lúdica que a criança desenvolve com os pais;</p> <p>- <u>Definição de objetivos</u> para dar resposta aos problemas de enfermagem detetados, incluindo os relacionados com hábitos/conhecimentos sobre as</p>	<p>Fátima Gonçalves</p>	<p>Internamento e Neonatologia</p> <p>Internamento e neonatologia</p> <p>Todos os serviços</p>	<p>28/10 a 06/12 e 09/12 a 24/01/2014</p> <p>28/10 a 06/12 e 09/12 a 24/01/2014</p> <p>28/10 a 21/01/2014</p>

<p>vantagens do desenvolvimento de uma relação lúdica;</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Realização de atividades</u> para atingir os objetivos definidos e para promover a relação lúdica entre pais e crianças: - Estímulos individuais tanto aos pais com às crianças fazendo uso de estratégias motivadoras tais como a utilização de brinquedos, livros, jogos, etc, adequados a cada faixa etária; - Sessão de educação para a saúde, informal/formal com temática relacionada com as vantagens do brincar entre pais e filhos, em grupo, a crianças e/ou pais, fazendo uso da comunicação adequada; - Elaboração e entrega de folheto informativo relacionado com o tema brincar, para suporte de papel a entregar após a sessão de educação para a saúde; - Partilha de conhecimentos com os profissionais de enfermagem, de modo informal no intuito de os incentivar a promover a relação lúdica entre pais e filhos; 		<p>Internamento e Neonatologia</p> <p>Todos os serviços</p> <p>Todos os serviços</p> <p>Internamento e neonatologia</p> <p>Todos os serviços</p>	<p>28/10 a 06/12 e 09/12 a 24/01/2014</p> <p>28/10 a 21/01/2014</p> <p>28/10 a 21/01/2014</p> <p>28/10 a 06/12 e 09/12 a 24/01/2014</p> <p>28/10 a 21/01/2014</p>
--	--	--	---

<p>- Incentivo à brincadeira entre pais e filhos em parceria com os enfermeiros e com a educadora;</p> <p>➤ Avaliação das atividades desenvolvidas através de ficha de avaliação a entregar aos pais e enfermeiros, e redefinição das atividades, se necessário;</p> <p>➤ Atuação fundamentada em conhecimentos científicos, tanto em situação de doenças comuns como em situações de risco, encaminhando as crianças para outros profissionais sempre que necessário.</p>			
--	--	--	--

OBJETIVO ESPECIFICO: Promover a comunicação entre pais e filhos através do desenvolvimento da relação lúdica entre ambos.

ATIVIDADES	INTERVENIENTE	LOCAL	TEMPO
<p>➤ Realização de processo de enfermagem a crianças/famílias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Avaliação inicial</u> dos hábitos de vida da criança/família no que se refere ao desenvolvimento da relação lúdica entre a criança e os pais e no que se refere ao conhecimento sobre as vantagens do brincar; - <u>Definição de objetivos</u> para dar resposta aos problemas de enfermagem detetados, relacionados com os hábitos/conhecimentos sobre as vantagens do desenvolvimento de uma relação lúdica; - <u>Realização de atividades</u> para atingir os objetivos definidos no sentido de promover a relação lúdica entre pais e crianças: 	Fátima Gonçalves	Internamento e neonatologia	28/10 a 06/12 e 09/12 a 24/01/2014
		Todos os serviços	28/10 a 21/02/2014
		“	28/10 a 06/12
		Internamento	28/10 a 06/12
		Internamento	28/10 a 06/12
		Todos os serviços	28/10 a 21/02/2014
		Internamento	28/10 a 06/12

<ul style="list-style-type: none"> - Estímulos individuais tanto aos pais com às crianças fazendo uso de estratégias motivadoras tais como a utilização de brinquedos, livros, jogos, etc, adequados a cada faixa etária; - Sessão de educação para a saúde, informal/formal com temática relacionada com as vantagens do brincar entre pais e filhos, em grupo, a crianças e/ou pais, fazendo uso da comunicação adequada; - Elaboração e entrega de folheto informativo relacionado com o tema brincar, para suporte de papel a entregar após a sessão de educação para a saúde; - Partilha de conhecimentos com os profissionais de enfermagem, de modo formal no intuito de os incentivar a promover a relação lúdica entre pais e filhos; - Incentivo à brincadeira entre pais e filhos em 			
--	--	--	--

<p>parceria com os enfermeiros;</p> <p>- <u>Avaliação</u> das atividades desenvolvidas através de ficha de avaliação a entregar aos pais e enfermeiros, e redefinição das atividades, se necessário.</p>			
--	--	--	--

OBJETIVO ESPECÍFICO: Desenvolver o conhecimento da estrutura física, orgânica e funcional da Unidade de Saúde, no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais, num contexto profissional e organizacional.

ATIVIDADES	INTERVENIENTE	LOCAL	TEMPO
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reunião com o enfermeiro cooperante para apresentação do projeto pessoal e conjuntamente definir estratégias para se atingirem os objetivos; ➤ Visita à estrutura física do serviço; ➤ Tomada de conhecimento sobre os inputs e outputs do serviço em relação à unidade hospitalar; ➤ Apresentação à equipa multidisciplinar; ➤ Consulta de documentação orientadora das práticas de enfermagem no serviço: protocolos, métodos de trabalho em enfermagem, programas e atividades mais comuns, etc; ➤ Consulta de documentação orientadora de práticas de enfermagem gerais da Unidade Hospitalar: missão, objetivos gerais, etc; ➤ Pesquisa para exploração das características gerais da população alvo; ➤ Identificação de instituições que se interrelacionam com o Hospital; ➤ Consulta de documentação orientadora de normas gerais tais como diretivas gerais da Direção Nacional de Saúde; ➤ Integração na equipa multidisciplinar. 	<p>Fátima Gonçalves e Enf^o cooperante</p>	<p>Todos os serviços</p>	<p>1^o Dia em cada serviço</p>

OBJETIVO ESPECÍFICO: Estabelecer com a criança/família uma parceria de cuidar, promotora da otimização da saúde, no sentido de adequação da gestão da saúde e da parentalidade.

ATIVIDADES	INTERVENIENTE	LOCAL	TEMPO
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliação inicial dos hábitos de vida da criança/família, incidindo também no aspeto da relação lúdica que a criança desenvolve com os pais; ➤ Definição de objetivos para dar resposta aos problemas de enfermagem detetados, incluindo os relacionados com hábitos/conhecimentos sobre as vantagens do desenvolvimento de uma relação lúdica; ➤ Realização de atividades para atingir os objetivos definidos e para promover a relação lúdica entre pais e crianças: <ul style="list-style-type: none"> - Estímulos individuais tanto aos pais com às crianças fazendo uso de estratégias motivadoras tais como a utilização de brinquedos, livros, jogos, etc, adequados a cada faixa etária; - Sessão de educação para a saúde, informal/formal com temática relacionada com as vantagens do brincar entre pais e filhos, em grupo, a crianças e/ou pais, fazendo uso da comunicação adequada; 	<p>Fátima Gonçalves</p>	<p>Internamento e Neonatologia</p> <p>Internamento e neonatologia</p> <p>Todos os serviços</p> <p>Internamento e Neonatologia</p> <p>Todos os serviços</p> <p>Todos os serviços</p> <p>Internamento e neonatologia</p>	<p>1º Dia em cada serviço</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração e entrega de folheto informativo relacionado com o tema brincar, para suporte de papel a entregar após a sessão de educação para a saúde; - Partilha de conhecimentos com os profissionais de enfermagem, de modo informal no intuito de os incentivar a promover a relação lúdica entre pais e filhos; - Incentivo à brincadeira entre pais e filhos em parceria com os enfermeiros e com a educadora; ➤ Avaliação das atividades desenvolvidas através de ficha de avaliação a entregar aos pais e enfermeiros, e redefinição das atividades, se necessário; ➤ Atuação fundamentada em conhecimentos científicos, tanto em situação de doenças comuns como em situações de risco, encaminhando as crianças para outros profissionais sempre que necessário. 		<p>Todos os serviços</p>	
--	--	--------------------------	--

OBJETIVO ESPECIFICO: Mobilizar recursos, oportunamente para cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade.

ATIVIDADES	INTERVENIENTE	LOCAL	TEMPO
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reconhecimento e resposta imediata e adequada, em situações de risco de morte, incluindo a deteção de situações de maior ou menor risco, através da realização da triagem de enfermagem; ➤ Gestão da dor na criança/jovem e família, tanto física como psicológica, utilizando a escala da dor adequada e fazendo uso de técnicas farmacológicas e não farmacológicas, para otimizar as respostas de enfermagem; ➤ Atendimento das necessidades das crianças com doenças raras, procurando evidências científicas para ampliar os conhecimentos; ➤ Promoção da adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, diagnosticando necessidades especiais, capacitando para a adoção de estratégias de coping e adaptação, e referenciando para instituições de suporte. 	Fátima Gonçalves	Serviço de Urgência Todos os serviços “ “	

OBJETIVO ESPECIFICO: Promover eficazmente a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude.

ATIVIDADES	INTERVENIENTE	LOCAL	TEMPO
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil: <ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de tabelas de percentis, - Aplicação do teste de Mary-Sheridan a crianças até aos 5 anos de idade, para detetar precocemente situações de atraso no desenvolvimento, - Encaminhamento de situações identificadas para outros profissionais, - Transmissão de orientações antecipatórias à família, incidindo também na importância da relação lúdica como ferramenta para a comunicação; ➤ Estimulo à vinculação do recém-nascido com os pais, através de: <ul style="list-style-type: none"> - Contacto físico, - Amamentação, - Cooperação nos cuidados ao recém-nascido, - Relação lúdica; ➤ Desenvolvimento de comunicação adequada ao estadio de desenvolvimento e à cultura de cada família, fazendo também uso do brincar como ferramenta; ➤ Atendendo o adolescente: 	<p>Fátima Gonçalves</p>	<p>Internamento “ Todos os serviços Neonatologia Todos os serviços Internamento e urgência</p>	

<ul style="list-style-type: none"> - Fomentando a sua autoestima, - Apoiando a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde, - Facilitando a sua expressão de emoções, - Reforçando positivamente a sua imagem corporal, - Incentivando a sua tomada de decisão, - Apoiando-o na adoção de comportamentos saudáveis. 			
---	--	--	--

<p>OBJETIVO ESPECIFICO: Desenvolver uma prática profissional utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica.</p>			
ATIVIDADES	INTERVENIENTE	LOCAL	TEMPO
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tomada de decisão suportada em princípios éticos e valores e normas deontológicas, nas variadas situações: <ul style="list-style-type: none"> - Resolução de problemas em parceria com o cliente, - Juízo baseado no conhecimento e experiência, - Construção de tomada de decisão em equipa, - Decisões guiadas pelo código deontológico; ➤ Desenvolvimento de uma prática de cuidados com respeito pelos direitos 	Fátima Gonçalves	<p>Todos os serviços</p> <p style="text-align: center;">“</p>	

<p>humanos, dando relevância aos da criança e do jovem, e pelas responsabilidades profissionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Direito do cliente no acesso à informação, - Direito à confidencialidade, - Direito à privacidade, - Direito à escolha e autodeterminação. 			
--	--	--	--

<p>OBJETIVO ESPECIFICO: Adquirir conhecimentos na área da gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem.</p>			
ATIVIDADES	INTERVENIENTE	LOCAL	TEMPO
<p>➤ Observação participativa da ação do enfermeiro chefe ou coordenador na área da gestão de cuidados, no que se refere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Processo de tomada de decisão - Nível de orientação e supervisão das tarefas delegadas garantido a segurança e a qualidade, - Adequação dos recursos às necessidades de cuidados, atendendo à sua qualidade. 	Fátima Gonçalves	Internamento	

OBJETIVO ESPECIFICO: Desenvolver aprendizagens profissionais de modo a ser elemento facilitador da transmissão de conhecimentos.

ATIVIDADES	INTERVENIENTE	LOCAL	TEMPO
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desenvolvimento de autoaprendizagem: <ul style="list-style-type: none"> - Reuniões informais com o enfermeiro cooperante, para se identificarem situações passíveis de melhoria e/ou promotoras de aprendizagem, - Autorreflexão continua, - Pesquisa bibliográfica sempre que necessário para aprofundar conhecimentos e fundamentar a prática, - Reuniões de orientação e avaliação de estágio, com enfermeira cooperante e professora orientadora. - Reflexão crítica sobre o ensino clínico, através de elaboração do relatório de estágio. ➤ Atuação como elemento facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho: <ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico das necessidades formativas no serviço, com incidência nas que se referem ao estímulo à relação lúdica entre pais e crianças; - Realização de sessão de formação em serviço, relativa às necessidades de formação identificadas; - Avaliação do impacto da atividade formativa. ➤ Interpretação, organização e divulgação 	<p>Fátima Gonçalves, enf^o cooperante e professora orientadora</p> <p>Fátima Gonçalves</p> <p>Fátima Gonçalves</p> <p>“</p>	<p>Todos os serviços</p> <p>Todos os serviços</p>	

<p>de dados provenientes da evidência que contribuem para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem através da realização de uma revisão sistemática de literatura, analisando a promoção da comunicação através da relação lúdica entre pais e filhos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reflexão sobre a prática desenvolvida diariamente e no ensino clínico em cuidados de saúde primários, apresentada em relatório crítico do Estágio de enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem I, - Conceptualização dos conceitos que emergem da reflexão, -Elaboração de pergunta PIO, - Pesquisa de artigos nas bases de dados científicas, - Analisar a influência da promoção da comunicação entre os pais e a criança através do brincar, - Aplicação dos resultados provenientes da revisão sistemática na prática e divulgação dos mesmos. 			
--	--	--	--

3 – CONCLUSÃO

A elaboração deste projeto permitiu uma análise e reflexão sobre os objetivos que se pretendem atingir e uma seleção das atividades mais adequadas para se conseguir o fim esperado. Para tal foi necessário atender às especificidades de cada local de estágio na medida em que estas podem ser determinantes para a exploração das suas potencialidades.

Assim, a primeira etapa consistiu numa fundamentação teórica do tema em estudo, em que se fez uma análise da dinâmica do brincar, com o objetivo de que a delimitação do plano de atividades fosse coerente com o defendido pelos diversos autores. Desta pesquisa emergiram conceitos significativos para a temática: a enfermagem, os pais, a criança, o brincar e a comunicação.

A enfermagem pode ser definida como a profissão que cuida do ser humano doente ou são, ao longo do ciclo vital e dos grupos sociais em que se integra, de modo a que recuperem e mantenham a saúde com qualidade. A enfermagem tem como aspeto fulcral a promoção da saúde. A preocupação com as famílias é real, o que leva o enfermeiro a direcionar os seus esforços para a promoção das relações familiares.

Uma autora que se debruçou sobre a temática das relações familiares foi Barnard. Os seus estudos e as suas conclusões podem ajudar o enfermeiro a tomar decisões e a fundamentar a sua atuação de forma científica no que se refere à promoção de relações familiares saudáveis.

O conceito de família é dinâmico tendo vindo a sofrer muitas alterações ao longo dos tempos. O importante é que os pais tenham conhecimento sobre o papel que devem desempenhar para que a família funcione efetivamente e para estabelecerem relação de proximidade com os seus filhos.

A criança de hoje é o homem de amanhã, pelo que deve ser tratada com atenção, respeito e carinho. Os seus direitos devem ser respeitados para que o seu desenvolvimento seja harmonioso e se torne um adulto equilibrado. Para que tal aconteça deve-se-lhe ser dada a oportunidade de aprender, de explorar e de experienciar, e a brincadeira é uma das formas mais eficazes de o fazer.

O brincar é um conceito que se pode dizer que está agregado ao termo criança. Ser criança implica obrigatoriamente brincar. Através da brincadeira descobre-se o mundo, a vida,

as pessoas. Aprende-se a viver sozinho e a viver em sociedade, aprende-se a respeitar o outro e a si próprio, aprende-se a crescer. Brincar com os pais estimula a relação de amor, desenvolvendo-se uma relação de confiança promotora de proximidade e do desenvolvimento da comunicação entre ambos. Brincar com os pais proporciona um momento de conhecimento do outro através da partilha de experiências.

A comunicação pode ser definida, classificada e analisada de várias formas, mas não deixa de ser uma troca de ideias, sentimentos e experiências entre pessoas que conhecem o significado daquilo que se diz e do que se faz. A comunicação no seu familiar, mais concretamente entre pais e filhos reveste-se de especificidades e de uma importância crescente para fomentar a sua relação de amor, sendo um dado adquirido que a influência principal na vida moral dos filhos é essencialmente exercida pelos pais.

A definição da metodologia a utilizar para desenvolver o estudo, apontou a Revisão Sistemática da Literatura como método de estudo selecionado. Seguindo o protocolo da metodologia PIO, foi definida a pergunta, os termos na Mesh Browser, e os critérios de inclusão e exclusão dos documentos.

O plano de atividades apontou os objetivos gerais, específicos, as atividades a desenvolver, o local, o dia e os intervenientes nas três áreas onde irá decorrer o ensino clínico.

Espera-se que a aplicação deste projeto na prática contribua para a aquisição de conhecimentos e práticas que valorizem o ser profissional e pessoal e que do seu desenvolvimento resulte uma reflexão que conduza à aquisição de competências inerentes ao enfermeiro especialista de Saúde Infantil da Criança e do Jovem.

4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ackerman, N.W. (1974) **Diagnóstico e Tratamiento de las Relaciones Familiares**. Hormé, Buenos Aires, Argentina.

Akobeng, A. K. (2005) **Understanding systematic reviews and meta- -analysis**. *Arch Dis Child*. 90:845-8.

Amendoeira J; Barroso I; Coelho T; Santos I; Godinho C; Saragoila F; Marques G; Filipe D (2003). **Os Instrumentos básicos na construção da disciplina de enfermagem: Expressões e significados**. Santarém: Escola Superior de Enfermagem. 241 f. Trabalho de Investigação.

Borges(2008). **The child, the play and the relationship between parents and sons**. Ed. Popular, Uberlândia, v. 7, p.120-126, jan./dez.

Collière, M. (1999). **Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa. 4ª Tiragem. Edições técnicas e sindicato dos enfermeiros portugueses,pp.18.

Dias, M. (2011).**Gestão e desenvolvimento, um olhar sobre a família na perspetiva sistémica, O processo de comunicação no sistema familiar**. 19 p.139-156

Direcção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Materna, Infantil dos Adolescentes, Saúde Infantil e Juvenil (2005) - **Programa-tipo de actuação - orientações técnicas**, Lisboa

Giddens, A. (2004). **Sociologia**, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

Gomes, MP; Andrade, M; Silva, JLL. (2005). **Informe-se em promoção da saúde**. v.1, n.1.p.s/p.

Jackson S, Perkins F, Khandor E, Cordwell L, Hamman S, Buasai, S, Chaovavanich K.(2005) **Integrated health promotion strategies: a contribution to tackling current and future health challenges.** Geneva: WHO;

Leontiev, A. N; Vigotsky, L.S.; LURIA, A.R. (2001) **Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem.** São Paulo: Ícone.

Nascimento KC, Erdmann AL. (2009) **Understanding the dimensions of intensive care: transpersonal caring and complexity theories.** Rev Lat Am Enferm.;17(2):215-21.

Ordem dos Enfermeiros (2001). **Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem-** Enquadramento conceptual; Enunciados descritivos. Lisboa: Autor

Pedro, JG (2004) **Análise Psicológica, O que é ser criança? Da genética ao comportamento.** 1 (XXII): 33-42

Phaneuf, M. (2005). **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.** Loures: Lusociência.

Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. (2000) **Evidence-Based Medicine: how to practice and teach.** EBM.2ª ed. London: Churchill Livingstone.

Sampaio, RF; Mancini, MC, (2007) **Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica.** Rev. bras. fisioter., São Carlos, v. 11, n. 1, p. 83-89, jan./fev. Revista Brasileira de Fisioterapia

Tomey, AM; Alligood MR (2004). **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem.** 5ªEdição. Loures: Lusociência, p. 428

Unicef (1990) **A Convenção sobre os Direitos da Criança**

Weissbourd, R. (2010). **Os pais que desejamos ser. Como os adultos bem intencionados podem prejudicar o desenvolvimento moral e emocional da criança.** Lisboa: Presença

Winnicott, D. W. (1975) **O Brincar e a Realidade.** Rio de Janeiro: Imago Editora.

Winnicott, D. W. (1979). **A criança e o seu mundo.** Rio de Janeiro: Zahar editores.

ANEXO II

Formulário aplicado aos pais e aos filhos para explorar características da atividade lúdica desenvolvida em casa

FORMULÁRIO APLICADO AOS PAIS

1 - BRINCADEIRAS DA CRIANÇA (selecionadas por ordem de frequência, sendo 1 a mais frequente e 5 a menos frequente - não selecionadas as que não se verificarem)

Como brinca?

- Jogos interativos (tv, computador, playstation, etc)
- Jogos de atividade física (futebol, apanhada, etc)
- Leitura
- Jogos didáticos (puzzles, legos, pintura, etc)
- Brincadeiras de imitação/exploração (luzes, sons, etc)
- Outros _____

Com quem brinca?

- Sozinho Com irmão/ã Com amigos
- Com o pai Com a mãe Outros _____

2- BRINCADEIRAS COM OS PAIS

Com o pai: Não Sim

- Tipo: Jogos interativos (tv, computador, playstation, etc)
- Jogos de atividade física (futebol, apanhada, etc)
- Leitura
- Jogos didáticos (puzzles, legos, pintura, etc)
- Brincadeiras de imitação/exploração (luzes, sons, bonecos, etc)
- Outros _____

Com a mãe: Não Sim

Tipo:

Jogos interativos (tv, computador, playstation, etc)

Jogos de atividade física (futebol, apanhada, etc)

Leitura

Jogos didáticos (puzzles, legos, pintura, etc)

Brincadeiras de imitação/exploração (luzes, sons, bonecos, etc)

Outros _____

3 – IMPORTÂNCIA DO BRINCAR

Considera importante o desenvolvimento de brincadeiras entre pais e filhos?

Sim Não

Gosta de brincar com o seu filho?

Sim Não

Considera que o seu filho gosta de brincar consigo?

Sim Não

Considera que o tempo que brinca com o seu filho é suficiente para ele?

Sim Não

Acha que o seu filho prefere ver tv/jogar, play station, etc ou brincar consigo?

Jogar jogos interativos Brincar com os pais

FORMULÁRIO APLICADO AOS FILHOS

1 – BRINCADEIRAS DESENVOLVIDAS (selecionadas por ordem de frequência, sendo 1 a mais frequente e 5 a menos frequente - não selecionadas as que não se verificarem)

Como brincas?

- Jogos interativos (tv, computador, playstation, etc)
- Jogos de atividade física (futebol, apanhada, etc)
- Leitura
- Jogos didáticos (puzzles, legos, pintura, etc)
- Brincadeiras de imitação/exploração (luzes, sons, etc)
- Outros _____

Com quem brincas?

- Sozinho Com irmão/ã Com amigos
- Com o pai Com a mãe Outros _____

Onde brincas?

- Dentro de casa No exterior da casa Parque/jardim

2 - BRINCADEIRAS COM OS PAIS

Com o pai: Não Sim

- Tipo: Jogos interativos (tv, computador, playstation, etc)
- Jogos de atividade física (futebol, apanhada, etc)
- Leitura
- Jogos didáticos (puzzles, legos, pintura, etc)
- Brincadeiras de imitação/exploração (luzes, sons, bonecos, etc)
- Outros _____

Com a mãe: Não Sim

Tipo: Jogos interativos (tv, computador, playstation, etc)

Jogos de atividade física (futebol, apanhada, etc)

Leitura

Jogos didáticos (puzzles, legos, pintura, etc)

Brincadeiras de imitação/exploração (luzes, sons, bonecos, etc)

Outros _____

3 – IMPORTÂNCIA DO BRINCAR

Gostas de brincar com os teus pais?

Sim Não

Acha que o teus pais gostam de brincar contigo?

Sim Não

Achas que o tempo que os teus pais brincam contigo é suficiente?

Sim Não

Gostas mais de ver tv/jogar, play station, etc ou brincar com os pais?

Jogar jogos interativos Brincar com os pais

Os teus pais não brincam mais contigo porquê?

Por falta de tempo Porque não gostam Porque não podem

ANEXO III - Folheto informativo

“Brincar, arte de fazer sonhar - Relação de amor entre pais e filhos”

PAIS QUE BRINCAM COM OS FILHOS DEMONSTRAM DE AMOR

Estímulo para:

- Uma relação de proximidade;
- Uma compreensão do mundo;
- Transformação de angústias;
- Que a criança lide melhor com os seus sentimentos;
- Esclarecimento das suas dúvidas;
- Conforto;
- Confiança em si mesma;
- Consciência do seu valor pessoal e sentimento de segurança em relação a si e ao seu futuro;
- Um momento de partilha das suas experiências;
- Uma sensação tranquilizadora.

Promove-se:

- A comunicação;
- O afeto;
- O amor.

Os pais podem:

- Mostrar interesse nas brincadeiras;
- Reconhecer o desempenho da criança;
- Deixar a criança escolher a brincadeira.

Fonte: <http://www.blog3p6t.com/> - pdJiIB8P40/JAXrwZaaySIAAAAAAAlglSessBDhna6oIs1600/dia

BRINCADEIRAS COM O SEU FILHO (PARA TODAS AS IDADES)

Até os 2 anos

A brincadeira tem que estimular os sentidos. Correr, puxar carinhos, escalar, jogar com bolinhas são as atividades recomendadas.

3 a 4 anos

Brincadeiras de faz de conta. As crianças respondem a brincadeiras de atividades domésticas, de trânsito, de escola e de outras atividades quotidianas.

5 a 6 anos

Os jogos motores (de movimento) e os de representação (faz de conta) continuam a aprimorar-se. Surgem os jogos coletivos, de campo ou de mesa: jogos de tabuleiro, futebol e brincadeiras de rodas.

A partir dos 7 anos

A criança está apta a participar e a divertir-se com todos os tipos de jogos aprendidos, mas com graus de dificuldade maiores.

➔ **Ler um livro é bom para todas as idades!**

Elaborado por: Fátima Gonçalves
Aluna do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem da Criança e do Jovem 2013

BIBLIOGRAFIA

- ANDRADE, CYRCE M. R. J. Vamos dar a meia-volta e meia volta vamos dar: o brincar na creche. In: OLIVEIRA, Zilma de M. R. (org.). Educação infantil: muitos olhares. São Paulo: Cortez, 1994.
- CHALITA, Gabriel. Educação: A solução está no afeto. São Paulo: Gente, 2001.
- DIAS, Maria Luíza. Vivendo em família. São Paulo: Moderna, 2005.
- FREIRE, J. B. (1997). Educação de corpo inteiro: teoria e prática da educação física. São Paulo: Scipione.
- MORCHIDA, T. Jogo, brinquedo, brincadeira e a educação. São Paulo, Cortez, 1996.

VASCONCELLOS, Celso dos Santos. Disciplina: construção da disciplina consciente e interativa em sala de aula e na escola. 7. ed. São Paulo: Li



BRINCAR ARTE DE FAZER SONHAR (RELAÇÃO DE AMOR ENTRE PAIS E FILHOS)

Fonte: <http://www.google.com/url?sa=img&ct=img&cd=1&docid=ul13hmar7REbM&img=DMWVpAVU7RIMt&ved=0ahUeM%3A%2Fwww.scolizer.org.br%2Fcrianca&ei=9XUy77HoLH00XL7YG8OK&sig=AFQCNCEz46YewwNCGjD517xxyw616g5&ust=165716185349246>

Anexo IV

Conteúdos da sessão de educação para a saúde, efetuada a enfermeiros

BRINCAR - ARTE DE FAZER SONHAR (RELAÇÃO DE AMOR ENTRE PAIS E FILHOS)



Professora: Regina Ferreira
Mestranda: Fátima Gonçalves



OBJETIVO GERAL

Sensibilizar os enfermeiros para a importância da relação lúdica entre pais e filhos, para posteriormente estes promoverem junto da diáde.



OBJETIVOS Específicos

- Definir o papel da família;
- Apontar características do brincar;
- Caracterizar os benefícios da brincadeira entre pais e filhos;
- Descrever as brincadeiras adequadas a cada faixa etária;
- Dar a conhecer dados colhidos a 10 pais e 10 crianças, internadas no serviço, sobre o desenvolvimento da relação lúdica entre ambos.



3

FAMÍLIA - conceito

Grupo aparentado responsável pela socialização das suas crianças e pela satisfação das necessidades básicas.

Aglomerado de pessoas relacionadas entre si pelo sangue, casamento, aliança ou adoção, vivendo juntas ou não por um período de tempo indefinido.

Dias (2005)

PAPEL DA FAMÍLIA



- Educação formal e informal;
- Valores éticos e humanitários;
- Laços de solidariedade e afetividade;
- Marcas entre as gerações;
- Valores culturais e morais.



5

RESPONSABILIDADE DA FAMÍLIA



Formar o caráter, educar para os desafios da vida.

A família é um espaço em que as máscaras devem dar lugar à face transparente, sem disfarces.

O diálogo não tem preço.

Chalita (2001)

6

DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA



Desenvolvimento - capacidade de uma criança de realizar tarefas cada vez mais complexas.

Brincar - importante para o desenvolvimento da criança.

7

BRINCAR - IMPORTÂNCIA

- Base de todas as atividades de aprendizagem nos anos pré-escolares;
- Todos os dias a criança brinca;
- Todos os aspetos do crescimento estão associados à brincadeira.
- Estimula e reflete o desenvolvimento .



8

BRINCAR - IMPORTÂNCIA

- Forma natural de a criança explorar e descobrir – e eventualmente dominar - o mundo que a rodeia.



- Vital para o desenvolvimento das competências a todos os níveis.

BRINCAR - Permite



- Expressar a forma como vê e experimenta o mundo;
- Obter prazer;
- Exteriorizar os pensamentos;
- Libertar o excesso de energia;
- Desenvolver competências sociais;
- Ter um ambiente seguro onde explorar;

10

BRINCAR - Permite

- Partilhar, ser atencioso e perceber que não pode ser sempre o centro das atenções;
- Estimular o desenvolvimento emocional e a independência ;
- Desenvolver a criatividade;



11

BRINCAR - Permite

- Promover o desenvolvimento físico e o controlo corporal;
- Encorajar a concentração, a ordenação dos pensamentos e o planeamento de atividades;



12

BRINCAR - Permite



- Aprender através da reunião de informação;
- Resolver problemas, tomar iniciativas e utilizar os conhecimentos para integrar isso nas experiências da sua vida;
- Aprender de forma fácil enquanto se diverte.

13



a)Desenvolvimento Motor

- Desenvolvimento do sistema nervoso;
- Educação dos sentidos;
- Desenvolvimento das competências motoras ;
- Desenvolvimento das capacidades físicas básicas;
- Coordenação do corpo.



b)Desenvolvimento Intelectual

- Resolução de problemas;
- Experimentar e questionar;
- Pensamento;
- Estruturas mentais;
- Memória, atenção e concentração;
- Distinção entre fantasia e realidade;
- Linguagem.



c)Desenvolvimento Emocional

- Expressão de sentimentos, conflitos, preocupações, medos, fantasias, etc;
- Controlar emoções intensas;
- Resolver situações de conflito;
- Exteriorização de impulsos agressivos.



d)Desenvolvimento Social

- Socialização;
- Identificação com a vida adulta;
- Descentralização - interação e cooperação;
- Autodomínio, vontade e consciência pessoal;



REALIDADE DA FAMÍLIA ATUAL

“O homem trabalha mais; a mulher vai para o mercado de trabalho; a preocupação com o desemprego; há menos tempo (sobretudo qualitativo) para a família”. Vasconcelos (1989)



FAMÍLIA - EDUCAR PARA A VIDA

Tempo de qualidade:

Atenção dos filhos,

Brincar com os filhos



20

BRINCAR- RELAÇÃO DE AMOR

- Instrumento de aproximação;
- Vivências, experiências e sensações de descontração, alegria, confiança e segurança ;
- Clima de comunicação e descontração;
- Pais e filhos aprendem a respeitar-se e a compreender as suas possibilidades e limites. (MORCHIDA, 1996)



21

BRINCAR NO UNIVERSO ADULTO

“Saber jogar” é sentir prazer no jogo [...].

(ANDRADE, 1994)



22

NOVA FORMA DE VIVER

- Estreitar laços com os filhos em relações solidárias e de igualdade;
- O indivíduo, pode ser criativo e ao utilizar a sua personalidade integral: descobre o seu eu – ou Self.

(WINNICOTT, 1975)



BRINCADEIRAS COM A CRIANÇA (PARA TODAS AS IDADES)



Até aos 2 anos



[Estimular os sentidos:](#)

Correr, puxar carrinhos,
escalar, jogar com bolinhas.



BRINCADEIRAS COM A CRIANÇA (PARA TODAS AS IDADES)

3 a 4 anos



Faz de conta:

Brincadeiras de atividades domésticas, de trânsito, de escola e de outras atividades quotidianas.



25

BRINCADEIRAS COM A CRIANÇA (PARA TODAS AS IDADES)

5 a 6 anos



Jogos motores e de representação a aprimorar-se.

Jogos coletivos, de campo ou de

mesa: jogos

de tabuleiro, futebol,

brincadeiras de

rodas.



26

BRINCADEIRAS COM O SEU FILHO (PARA TODAS AS IDADES)



A partir dos 7 anos

Todos os tipos de jogos aprendidos, mas com graus de dificuldade maiores.



Ler um livro

...



**... é bom
para todas as idades!**

Pixmac.com 46886738

ACTITUDE RECOMENDADA AOS PAIS



- Interesse nas brincadeiras;
- Reconhecer o desempenho da criança;
- Deixar a criança escolher a brincadeira.



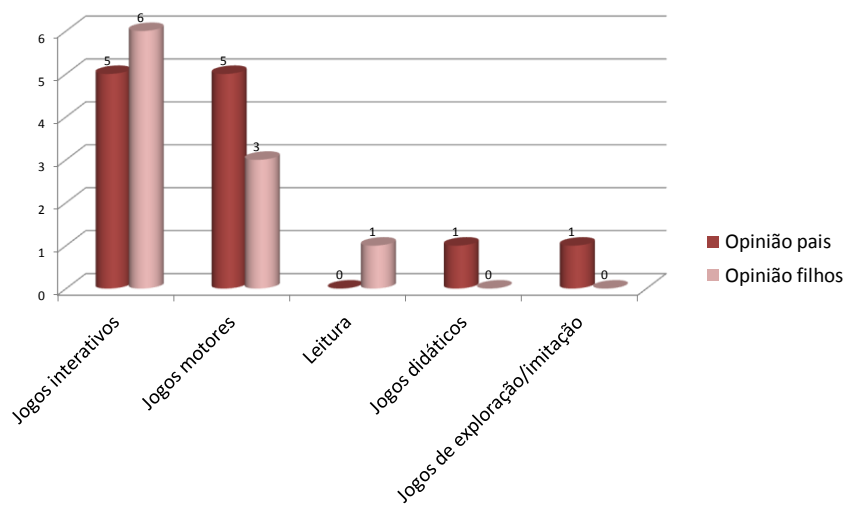
DADOS DA AVALIAÇÃO INICIAL AOS PAIS E CRIANÇAS NO -SERVIÇO PEDIATRIA,

ACTIVIDADE LÚDICA



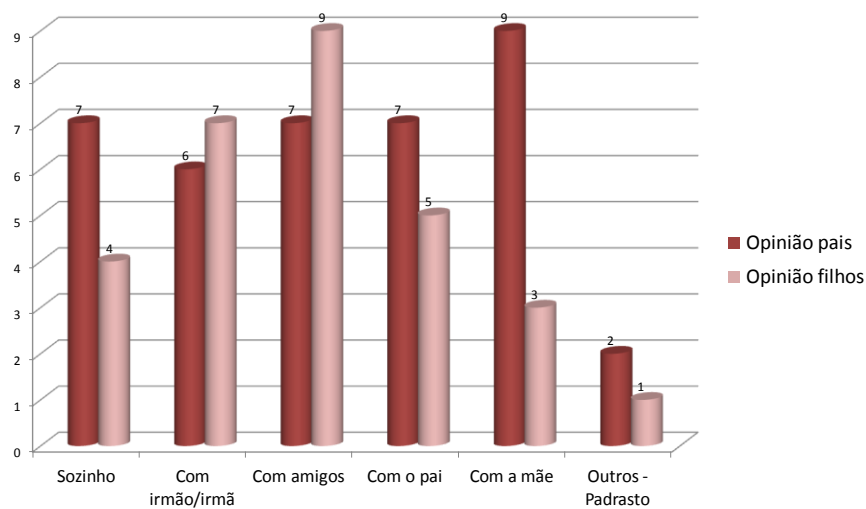
30

BRINCADEIRAS DAS CRIANÇAS - PREFERÊNCIAS



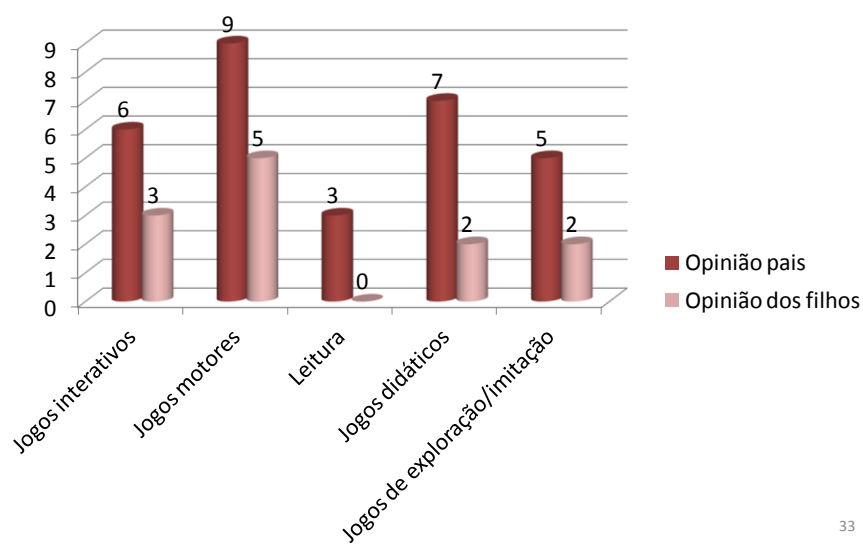
31

COM QUEM BRINCA A CRIANÇA



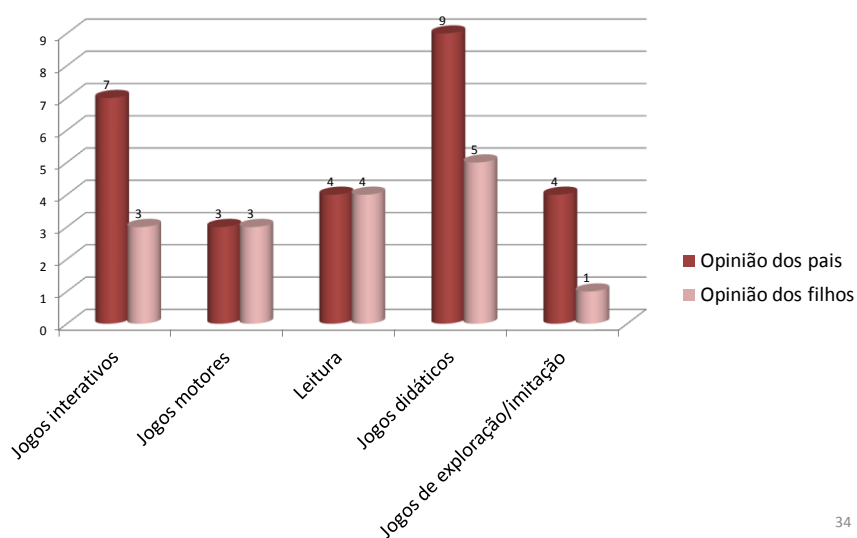
32

TIPO DE BRINCADEIRAS DESENVOLVIDAS COM O PAI



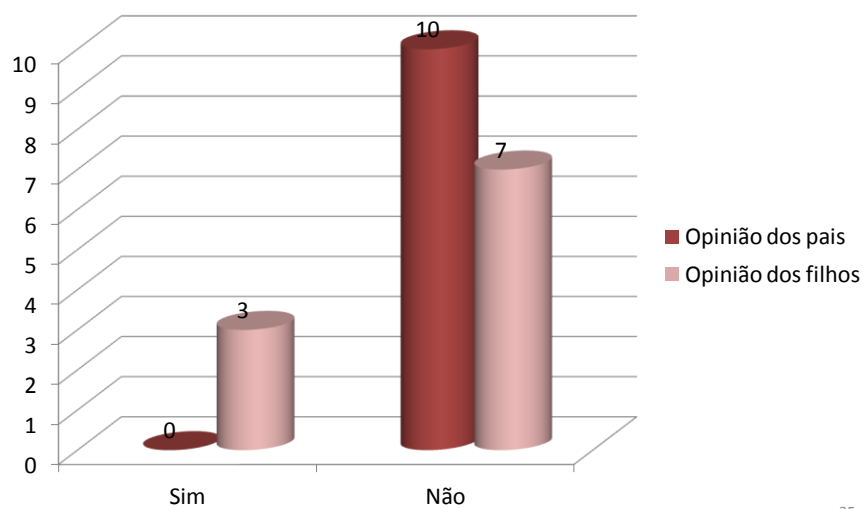
33

TIPO DE BRINCADEIRAS DESENVOLVIDAS COM A MÃE



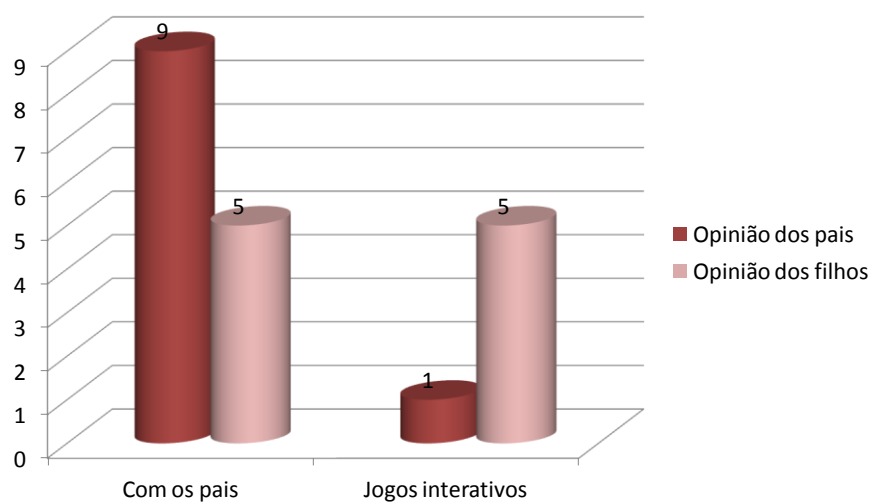
34

TEMPO QUE BRINCAM É SUFICIENTE?



35

PREFEREM BRINCAR



36

PARA REFLEXÃO



Pixmac.com 46833982

**“A atual geração infantil de apartamento
movimenta mais os dedos num videojogo e
num sintonizador de televisão do que um corpo
como um todo”** (Freire, 1997) ³⁷



VAMOS
BRINCAR COM
AS NOSSAS
CRIANÇAS

FIM

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, CYRCE M. R. J. **Vamos dar a meia-volta e meia volta vamos dar: o brincar na creche.** In: OLIVEIRA, Zilma de M. R. (org.). Educação infantil: muitos olhares. São Paulo: Cortez, 1994.
- CHALITA, Gabriel. **Educação: A solução está no afeto.** São Paulo: Gente, 2001.
- DIAS, Maria Luíza. **Vivendo em família.** São Paulo: Moderna, 2005.
- FREIRE, J. B. (1997): **Educação de corpo inteiro: teoria e prática da educação física.** São Paulo: Scipione.
- MORCHIDA, T. **Jogo, brinquedo, brincadeira e a educação.** São Paulo, Cortez, 1996.
- VASCONCELLOS, Celso dos Santos. **Disciplina: construção da disciplina consciente e interativa em sala de aula e na escola.** 7. ed. São Paulo: Li
- WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade.** Rio de Janeiro: Imago 1975. (Coleção Psicologia Psicanalítica). bertad, 1989.

ANEXO V

Trabalho sobre “Estímulo ao desenvolvimento do bebê”

ESTÍMULO AO DESENVOLVIMENTO



PROFESSORA: REGINA FERREIRA
MESTRANDA: FÁTIMA GONÇALVES

JANEIRO 2014

SUMÁRIO

0- INTRODUÇÃO -----	4
1- BEBÉ SONHADO/BEBÉ REAL -----	6
2- UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS -----	8
3 - PROMOÇÃO DO ESTÍMULO AO BEBÉ -----	10
3.1 - AUDIÇÃO -----	11
3.2 - VISÃO -----	13
3.3 - PALADAR -----	14
3.4 - OLFACTO -----	15
3.5 - TATO -----	16
4 - CONCLUSÃO -----	20
5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	22

0 - INTRODUÇÃO

O Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem contempla um momento de ensino clínico na área da Neonatologia. Este tem a duração de 5 semanas e pode decorrer em diversas unidades de cuidados de saúde diferenciados.

A definição de um projeto de estágio é de importância fulcral para a realização dos estágios já que será o guia orientador das atividades do mestrando. No momento em que se elabora o projeto individual ainda não estão distribuídos os locais de estágio pelo que as atividades são definidas no geral.

O local de ensino clínico destinado à mestranda foi a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais de um hospital central, que apresenta características muito específicas por ser um hospital de referência para onde são transferidos bebés de toda a região central, sul e ilhas de Portugal.

Estes bebés apresentam patologias complicadas para as quais não há resposta nas unidades de saúde de onde são originárias. É um facto que obriga a que esta unidade esteja munida de equipamento técnico de última linha, de pessoal altamente qualificado e de uma dinâmica em tudo direccionada para a entidade central que é o bebé.

Esta especificidade de cuidados ao bebé e à família implica um conhecimento e uma prática muito aprofundada por parte dos profissionais que com eles lidam.

O prognóstico da situação do bebé é determinante e sempre a primeira preocupação dos pais que os acompanham, portanto todas as atividades de enfermagem que se proponham têm de ter subjacentes a esta ideia.

O projeto da mestranda tem como ponto fulcral a promoção da relação lúdica entre pais e filhos pois com esta atividade podem-se alcançar outros objetivos tais como a otimização da comunicação, a promoção do desenvolvimento e mais importante de todos: o estabelecimento de uma relação de afeto.

Mas numa unidade de cuidados intensivos em que um único estímulo pode ser excessivo, o projeto individual tem de ser adaptado e a promoção do brincar tem que ser redefinida. Assim a ferramenta utilizada, a brincadeira, será substituída pelo estímulo, mas o objetivo manter-se-á inalterado continuando a ser no geral a promoção da relação de afeto entre pais e filhos.

Na redefinição do plano de atividades o tema transforma-se em promoção do estímulo sensorial dos pais aos bebés; o objetivo mantém-se, apesar de algumas das atividades terem que ser modificadas pois não são concebíveis na realidade da referida unidade.

O tema parece pertinente pois na realidade existem bebés que passam muito tempo internados nesta unidade, dentro de uma incubadora, afastados dos braços dos pais, ou com tempo limitado para esse contacto, o que inibe os próprios pais de os estimularem e consequentemente de estabelecerem a relação de afeto.

O objetivo geral deste trabalho é:

- Aprofundar e organizar conhecimentos para incentivar os pais a estimularem os filhos com o fim de promover o desenvolvimento e a relação de afeto.

Os objetivos específicos são:

- Evidenciar a diferença entre o bebé sonhado e o bebé real;
- Descrever as condicionantes de um bebé internado numa unidade de cuidados intensivos neonatais;
- Definir as atividades indicadas para o estímulo de cada um dos cinco sentidos do bebé.

1 - BEBÉ SONHADO/BEBÉ REAL

O nascimento é um dos fenómenos mais naturais na vida de um ser humano, no entanto é sempre um processo que envolve um stress de maior ou menor intensidade que pode, ocasionalmente, provocar danos mais ou menos importantes no recém-nascido.

Ao longo do tempo tem-se procurado evitar estas situações, melhorando o controlo das grávidas e da saúde do feto bem como as condições de assistência ao parto. Este esforço tem tido reflexos muito positivos nos indicadores de saúde, nomeadamente no nosso país.

A gravidez faz com que os pais sonhem com um recém-nascido robusto, reativo e saudável. Para Sá (1992, p.34) "A primeira forma que a mãe tem de embalar um filho é sonhar com ele na gravidez, a segunda é sonhar por ele quando lhe canta e o embala e...finalmente é deixá-lo tornar-se uma personagem real do seu sonho..."

Durante a gravidez, os pais imaginam o seu filho e após o nascimento, através da visualização do mesmo, do toque e da interação, (que deverá acontecer o mais precoce possível), e num processo que é gradual, o bebé imaginário é ajustado ao bebé real (Knaus e Kennell, 1989)

Por vínculo entende-se a união emocional dos pais em relação ao filho. Já apego, em geral, é usado para descrever a união entre duas pessoas, é específico e persiste com o passar do tempo. O vínculo pais - filho pode persistir durante longos períodos de separação e de distância, embora os sinais evidentes de sua existência não sejam visíveis (Bee, 2003).

Para Bowlby (1990) vinculação é todo o comportamento do recém-nascido que tem como consequência e como função criar e manter a proximidade ou o contacto com a mãe ou a pessoa que a substitua.

O momento do nascimento não determina por si só o processo de vinculação mas pode ser o início de uma união especial que se vai construindo ao longo do tempo. Brazelton (1988) refere que embora a vinculação não seja algo momentâneo, que acontece após o nascimento, este contacto precoce entre pais e bebé, é decerto importante para a concretização e desenvolvimento do mesmo, "um momento único e mágico".

De acordo com Brazelton (1988) existem determinados fatos que são importantes para a formação do vínculo entre pais e recém-nascido:

- Planeamento e aceitação da gravidez;

- Consciencialização dos movimentos do feto;
- Perceção do feto como uma pessoa separada;
- Vivência do trabalho do parto;
- Contacto com o RN;
- Aceitação do recém-nascido como uma pessoa individual na família.

2 - UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

O nascimento, não de um bebê saudável mas de um bebê doente, em risco de vida, pouco ou não reativo, envolvido num aparato tecnológico para garantir a sua sobrevivência e sendo cuidado por profissionais desconhecidos faz os pais repensarem todos os seus planos (Silva, 2006).

A unidade de cuidados intensivos neonatal é um local onde os cuidados são intensivos, a monitorização é contínua e o recém-nascido permanece durante dias ou meses internado. Entre tantas características do setor, evidencia-se a presença de múltiplos equipamentos que se vão tornando cada vez mais modernos. Estes equipamentos podem, no entanto, estar na origem de fatores de risco ambiental, dentre os quais destacam-se: os ruídos de equipamentos e, principalmente, da atividade dos profissionais, iluminação forte e contínua, algumas vezes sem alternância dia - noite, ar condicionado regulado para conforto dos profissionais, manuseio excessivo, posturas pouco adequadas ao desenvolvimento e procedimentos técnicos invasivos e dolorosos ao neonato

Embora o ambiente tecnológico da unidade traga benefícios em termos de equilíbrio biológico, ele é físico e psicologicamente agressivo (Alves *et al.*, 2003).

Nas Unidades de cuidados Intensivos Neonatais, os recém-nascidos são submetidos a procedimentos necessários para a manutenção de sua vida devido a instabilidade clínica, e como são incapazes de manter a sua temperatura corporal, são colocados em incubadoras ou berços aquecidos. Nas unidades tradicionais, a mãe não tem contato com seu filho, exceto por carícias através das portas das incubadoras nos horários de visita pré-determinados pela equipa da unidade (Canotilho, 2002).

3 - PROMOÇÃO DO ESTÍMULO AO BEBÉ

Persiste ainda a convicção, na nossa cultura, de que o recém-nascido não possui capacidades sensoriais (não vê, não ouve, não comunica...). Nas últimas décadas investigadores como Brazelton (1988) e Stern (1980), entre muitos outros, desenvolveram estudos que demonstraram exatamente o contrário: o recém-nascido nasce com os cinco sentidos ativos, prontos a interagir e a receber qualquer estímulo exterior.

Segundo Freud (1962) citado por Andrade (2004, p.15): “A vida intra-uterina e a primeira infância estão mais em continuidade do que a surpreendente cesura do nascimento deixa crer”.

Diferentes estudos demonstram que o feto tem paladar e olfato, audição e memória e responde à voz e às emoções dos seus pais, bem como de outras pessoas significativas.

Logo ao nascer, pode-se assistir a uma continuidade do comportamento pré-natal, onde o bebé busca marcos de referência que o ajudam a recordar o período intrauterino, tais como a voz materna e paterna, os batimentos cardíacos da mãe e o cheiro do líquido amniótico.

O contato da pele, o toque, o olfato, o calor físico, a audição e o estímulo visual operam juntos na promoção do vínculo entre mãe e recém-nascido (Brazelton, 2009).

Os pais podem e devem ser os principais atores no que diz respeito ao estímulo do bebé, mas para tal devem ter presente os princípios orientadores:

- Manter um ambiente calmo, sem luzes fortes e ruídos;
- Estar atento às pistas verbais e não-verbais do bebé;
- Resolver as necessidades fisiológicas do bebé;
- Introduzir um estímulo de cada vez;
- Se o bebé manifestar reações negativas perante o estímulo de ambos os pais, estes devem estimulá-lo individualmente;
- Saber parar e retirar estímulos;
- Elogiar o bebé em cada conquista.

É essencial que os pais estejam cientes de que a sua permanência na unidade de cuidados é temporária e de que mais tarde assumirão os cuidados do seu filho em casa, pelo que se torna muito importante que esta preparação seja iniciada o mais precocemente possível.

“Numa unidade de cuidados intensivos onde um bebé de risco pode precisar de estar horas, dias ou semanas, é necessário que ele descubra aí e aí tenha a oportunidade de reconhecer um sentido de pertença, um sentido de confiança que ajude e transforme o instinto de sobrevivência em sensação de que vale a pena viver...” (Gomes - Pedro, 1985).

3.1 - AUDIÇÃO

A audição começa no útero e é aguda mesmo antes do nascimento. Nos últimos meses de gestação, a capacidade de ouvir do bebé já está completamente desenvolvida, e aquando do nascimento, todos os componentes estruturais do ouvido já estão maduros.

Os fetos respondem a sons e podem até aprender a reconhecê-los. A sensibilidade dos bebês às diferenças auditivas pode ser um indicador de habilidades cognitivas (Papalia e Olds, 2000).

Condon e Sander (1975) apresentaram estudos em que demonstraram que o recém-nascido, logo ao nascer, reage de forma sincronizada com a mãe, mediante o ritmo da sua voz e que pouco depois de nascer, o recém-nascido tem capacidade para reagir ao som, dirigindo a cabeça na sua direção, assustando-se ou ficando na expectativa.

O bebé é recetivo ao timbre da voz humana, nas mudanças dos seus tons e velocidades. Segundo Busnel (1997), o bebé prefere uma voz com uma frequência mais elevada, uma modulação mais acentuada e mais lenta (ex: “ *boom díia bebééé*”). Este tipo de voz é chamado de “*motherese*” (em português “*mamanhês*”).

Segundo a autora supracitada, o bebé prefere ouvir a voz humana a qualquer outro som e, a voz da sua mãe de entre outras vozes femininas. Quando o bebé está calmo, a voz materna dirigida coloca-o em alerta e quando está agitado, acalma-o. Permanece mais tempo com os olhos abertos quando ouve a voz que expressa alegria e não se interessa pela voz que demonstra tristeza. O bebé interessa-se por uma voz dirigida, mais do que uma voz emitida sem direção.

À medida que se desenvolve, olha mais tempo para o rosto humano ou objeto, se for apresentado com uma voz associada. Falar com o bebé ajuda-o a distinguir sons e a desenvolver a linguagem; à medida que obtém mais controle dos movimentos da cabeça, fica

mais evidente que ele não apenas consegue ouvir, mas pode determinar exatamente o local de onde vem o som.

Diferentes estudos evidenciam a preferência dos recém-nascidos pelas melodias que ouviram no período pré-natal. Parecem gostar de música com marcação rítmica e som pouco elevado (ex: música clássica). As diferenças bruscas de sons e sons altos (ex: rock) provocam o *reflexo do susto ou sobressalto* e elevação nos parâmetros hemodinâmicos: frequência respiratória, frequência cardíaca e saturação de oxigénio (Andrade, 2004).

De entre os brinquedos mais adequados para a estimulação da audição, encontram-se as caixinhas de música e brinquedos com sons suaves.

Se os sons se mantêm num determinado padrão, o bebé abstrai-se deles, criando o que se designa por mecanismo de *habituação*, pouco positivo ao desenvolvimento do bebé (Brazelton e Cramer, 1989).

Orientações aos pais para o estímulo da audição

- O bebé já ouve as vozes dos pais, devem falar para ele, de forma calma, suave e dirigida;
- Caso seja evidente que o bebé não suporta a voz humana e o toque simultaneamente, devem falar em primeiro lugar e só depois tocar o bebé;
- Nos vossos monólogos devem manifestar elogios ao bebé, tais como “*que bebé lindo!*”;
- Podem colocar junto do bebé, brinquedos com sons suaves;
- Utilizar a música individualizada. A música suave ajuda a relaxar e induz o sono e não deve ser ouvida por períodos longos, mas de 10 a 15 minutos; o som dentro da incubadora deve ser evitado;
- Uma gravação das vozes dos pais (em baixo volume e num momento de expressão de alegria) pode ser utilizada quando estiverem ausentes;
- O primeiro colo é fundamental para permitir a audição dos batimentos cardíacos da mãe, a que o bebé estava habituado no período intrauterino;
- Podem falar e cantar para o bebé, projetando a voz de diferentes direcções (mudando a posição), para que o bebé movimente a cabeça nesse sentido (num estadio de desenvolvimento mais avançado).

3.2 - VISÃO

A visão desenvolve-se alguns meses antes do final da gestação; é o último sentido a desenvolver-se. No ambiente intrauterino escuro, os bebês apresentam um reflexo protetor de fechar com força os olhos contra a luz forte - *reflexo de piscar*.

Por volta das 26 a 30 semanas de vida uterina pode obter-se resposta à luz. O bebê prematuro com 30 ou 31 semanas de gestação já possui referências visuais.

A visão do bebê é o sentido menos desenvolvido ao nascer. O bebê também tem capacidade de ver, mas é míope ao nascer. Ele reage aos estímulos luminosos e pode distinguir o rosto materno dos outros. (Papalia e Olds, 2000).

Segundo Stern (1980), ao nascer o sistema visual-motor (olhar e ver) entra imediatamente em funcionamento. O recém-nascido não só consegue ver, mas chega ao mundo mesmo com reflexos que lhe permitem seguir e fixar um objeto. Não é necessária nenhuma aprendizagem.

A visão do recém-nascido de termo é limitada a uma distância de aproximadamente 20 cm, que corresponde ao espaço que medeia a visão do rosto de quem o alimenta. Estudos efetuados revelam que a distância a que a mãe fica do seu bebê enquanto o amamenta e lhe presta os restantes cuidados e o tempo em que esta atenção recíproca decorre (aproximadamente 70% do tempo em que ambos interagem) são determinantes principais na consolidação das primeiras relações sociais do recém-nascido

A posição quase vertical (> 30º) parece produzir no recém-nascido o estado de alerta mais prolongado, daí que quando é pegado no colo nesta posição, abre os olhos, pronto a comunicar.

O rosto humano exerce uma atração especial no bebê, que permanece muito atento aos contornos do rosto, olhos e boca, que contrastam com o cabelo.

Por volta das seis semanas, o bebê consegue mover os dois olhos conjuntamente, para seguir um objeto em movimento. Com oito semanas, ele converge os olhos perfeitamente no rosto humano ou num objeto parado. Aos três meses, é capaz de sorrir para o rosto da mãe/pai, distinguindo-o do rosto de um estranho. Aos quatro meses, a visão já está perfeitamente desenvolvida.

Segundo Andrade (2004), os objetos preferidos do bebê são muito atraentes (cores fortes e grandes contrastes), com contornos definidos, que ajudam a manter a sua atenção. No início de vida, dão preferência a figuras geométricas com linhas e ângulos, passando mais tarde a preferir figuras circulares, como bolas.

Orientações aos pais para o estímulo da visão

- Atendam a que a interação olho a olho é significativamente limitada, mas vai aumentando gradualmente;
- Solicitem o posicionamento do bebé, sempre que possível, com o rosto voltado para a vossa direção, mesmo que ele esteja com os olhos fechados;
- Solicitem a remoção dos óculos de fototerapia, sempre que possível, para que possam visualizar o rosto do bebé;
- Quando o bebé abrir os olhos em resposta à vossa voz, interrompam a interação verbal e tentem o contacto olho a olho, já que este é momentâneo;
- Antes de ser introduzido outro estímulo como o tocar, falar, etc. primeiro devem olhar para o bebé;
- Permaneçam no campo visual do bebé enquanto falam com ele, para que ele comece a fazer uma associação entre os vossos rostos e vozes;
- Coloquem o bebé na posição vertical (> 30º) com os olhos protegidos da luz e movimentem-no suavemente de um lado para o outro, para que ele esteja de olhos abertos por um período de tempo maior;
- De forma individual, podem experimentar que o bebé siga um objeto atraente, com contornos definidos;
- Experimentem que o bebé siga um objeto, caso ele não tenha conseguido fazê-lo antes.

3.3 - PALADAR

Segundo Klaus E Klaus (2000, p.16)

“Até mesmo o paladar se desenvolve muito antes do parto. As pesquisas com bebês prematuros mostram que os receptores do paladar desenvolvem-se entre a 28ª e a 30ª semana. Os bebês prematuros sugam com vigor extra quando recebem algo doce e fazem caretas quando recebem algo azedo.”

Existem factos demonstrativos de que o bebé ainda "in utero", já tem paladar e é capaz de exercitá-lo. Na vida intrauterina, o feto vai frequentemente com as mãos à boca, sugando o dedo e deglutindo o líquido amniótico. Desta forma, além da sucção não nutritiva, o bebé apresenta a sua cavidade oral humedecida. Sabe-se que durante a gravidez o feto reage de modo diferente à variabilidade de sabores que o líquido amniótico adquire.

A continuidade de sabor entre o líquido amniótico, colostro e leite materno mantém-se à semelhança do cheiro.

Vários estudos fazem referência à capacidade que o recém-nascido tem para distinguir diferenças subtis no paladar, podendo a sua reação ser observada através do ritmo e intensidade de sucção e confirmada pela alteração do ritmo cardíaco. Estas alterações dependem do modo como o bebé é alimentado (ao seio, por tetina ou copo) e o tipo de líquido que lhe é oferecido (água, leite materno, leite adaptado, sacarose, etc.)

O bebé discrimina os quatro sabores básicos: salgado, doce, azedo e amargo e tem reações agradáveis em relação ao açúcar, tal preferência ajuda o bebé a adaptar-se à vida fora do útero, pois o leite materno é um pouco adocicado. Perante um estímulo gustativo, a sua resposta é de sucção. (Papalia e Olds, 2000). Alguns estudos demonstram ainda que o recém-nascido tem uma forte apetência para substâncias adocicadas, em detrimento do azedo ou amargo, manifestando expressões de prazer ou repúdio.

Entre os oito meses e o ano de idade, o bebé já tem uma ideia bastante definida dos sabores de que gosta e dos que não lhe agradam (Andrade, 2004).

Orientações aos pais para o estímulo do paladar

- Caso o bebé não esteja a ser alimentado por via oral, proporcionar-lhe a oportunidade de estar com as suas mãos próximas da boca, facilitando a sucção não nutritiva (melhora a oxigenação, ajuda a estabilizar a pressão intracraniana, aumenta os períodos de sono profundo e prepara o bebé para o aleitamento materno);
- Iniciar o aleitamento materno, logo que possível;
- Quando o bebé está a ser alimentado por gavagem, pode humedecer a sua boca e lábios com leite materno, caso não haja contra-indicação do ponto de vista clínico;
- Pode ser colocada sacarina no biberão de leite, cujo sabor não seja tolerado pelo bebé;
- As soluções de dextrose ajudam a acalmar o bebé, no entanto, não devem ser administradas sem supervisão dos enfermeiros, em função do estado clínico do bebé.

3.4 - OLFACTO

A partir da sétima semana de gestação surge o olfato. Segundo Busnel (1997), o cheiro do líquido amniótico age como elemento de ligação entre a vida intrauterina e o leite materno.

Ao nascer, o bebê não faz diferença entre o odor deste líquido e o colostro e, mais tarde, o leite materno. Prefere o odor do seio materno a qualquer outro odor.

A mesma autora comenta ainda que o bebê aprende a mamar aquilo a que estava habituado no útero, pelo que a alimentação da mãe que amamenta não deve ser muito diferente daquela que praticava durante a gravidez.

O olfato do bebê é rudimentar, mas atuante diferenciando o cheiro da mãe dos demais, porém isso exige uma certa experiência e aprendizagem, uma vez que nos bebês com dois dias de vida não é observado esse reconhecimento. (Papalia e Olds 2000).

No que se refere ao sentido do olfato, Brazelton (1988) diz-nos que, com dois dias de vida os bebês já conseguem distinguir o odor do leite de outras mulheres que amamentam do da sua mãe, voltando a cabeça para o lado onde se coloca uma compressa embebida em leite desta.

À medida que o bebê cresce, a estimulação do olfato deve englobar o mundo de cheiros que a rotina diária lhe proporciona, tais como as roupas, a comida, as flores no jardim...

Orientações aos pais para o estímulo do olfato

- O bebê tem um olfato apurado, sentindo o seu cheiro e o do leite materno;
- Pode colocar um tecido (fralda, boneco de tecido apropriado) em contacto com os seus seios e deixá-lo dentro da incubadora, mudando o local de forma periódica, para que o bebê direcione a cabeça para esse sentido (experiência de Mcfarlane, citada por Andrade, 2004);
- O pai pode igualmente deixar um tecido impregnado com o seu odor;
- Quando possível, deve colocar o bebê nos seus braços e em contacto pele com pele.

3.5 – TATO

A pele é o maior órgão sensorial do bebê e é sensível a muitos estímulos. A partir da 16ª semana de gestação o bebê possui sensibilidade em todo o corpo. A pressão, dor, prazer, temperatura e fricção são elementos sentidos pelo tato.

Brazelton (1989) defende que o tato é a primeira e a mais importante forma de comunicação entre uma mãe e o seu filho. Assim a pele é a primeira e mais importante zona

de comunicação entre pais e bebê, funcionando simultaneamente para acalmar, alertar e despertar. Através dela é percebido o contacto físico e psíquico.

Desta forma torna-se essencial sensibilizar e envolver os pais na prática de cuidados que o desenvolvem e potenciam. A implementação de medidas simples, logo que a situação clínica do bebê o permita, tais como: toque, carícias, colo, suavidade na manipulação, entre outros, constituem muitas vezes o primeiro contacto entre os pais e o recém-nascido.

A pele do recém-nascido é coberta de recetores de tato com densidades variáveis, daí que a zona do corpo em que se toca e a forma com que se toca, também são importantes e determinantes para o tipo de resposta do bebê.

O bebê é muito sensível ao toque principalmente na boca, ao redor dessa e nas mãos. Reage a temperaturas mais quentes ou mais frias que a do seu próprio corpo e parece ter mais reação ao frio. Os primeiros sinais desse reflexo aparecem no útero após a concepção. Com trinta e duas semanas de gestação todas as partes corporais são sensíveis a esse toque e essa sensibilidade aumenta durante os primeiros cinco dias de vida (Papalia e Olds, 2000).

O Toque positivo foi um conceito desenvolvido em 2002 por uma Enfermeira Especialista em Neonatologia. Este conceito engloba o ato de tocar com uma atenção especial e individualizada a cada recém-nascido. Através do tato, pode-se ajudar o bebê protegendo-o, consolando-o e controlando a sua atividade motora, contribuindo para o seu desenvolvimento, crescimento e segurança. Tal como refere Adrienne Rich (2002) citada por Andrade (2004) “o toque permite saber que não estamos sozinhos no Mundo”.

O toque positivo centra-se numa filosofia de aproximação entre pais e bebês, para que os primeiros possam reconhecer a linguagem interativa dos filhos e responder de forma adequada e com respeito aos seus sinais, obedecendo assim a um diálogo sincronizado de dar e receber, dependendo dos sinais do bebê.

Diferentes formas do toque nutritivo/positivo passam pela contenção, pousar as mãos (“*resting hands*”), método canguru, primeiro colo e massagem (Schneider, 2005).

Benefícios do toque para os bebês:

- Facilita o crescimento (aumento do peso) e o desenvolvimento do recém-nascido (melhora a atividade motora; aumenta o estado de alerta, promove o conhecimento do corpo, a autoestima);
- Reduz o stress (liberta hormonas promotoras de bem-estar);
- Promove a saúde (bem-estar, relaxamento);
- Reduz alguns tipos de dor (libertação de substâncias úteis no alívio da dor);

- Facilita a relação pais/filho (amor, conforto, carinho, confiança, respeito, cumplicidade).

Benefícios do toque para os pais:

- Favorece o conhecimento do bebé;
- Promove o vínculo pais/filho;
- Aumenta a confiança;
- Melhora a comunicação;
- Aumenta o tempo de qualidade com o bebé;
- Relaxa;
- Diminui a ansiedade e o stress - previne depressões pós-parto;
- Aumenta a prolactina (substância que ajuda na produção do leite materno);
- Promove a saúde.

Orientações aos pais para o estímulo do tato

- O bebé sentir-se-á reconfortado com a presença e toque dos pais;
- Os pais devem ter as mãos aquecidas antes de tocar no bebé;
- O toque no recém-nascido pré-termo não deve ser em forma de carícia e com a ponta dos dedos, mas sim firme, profundo e acolhedor, de forma a fazer contenção e transmitir limites e segurança;
- A mãe pode tocar o pai e vice-versa de forma superficial e profunda, questionado o recetor sobre o tipo de toque que prefere para que adequem o toque ao bebé ao que sentem na sua mão;
- Previamente ao ato de tocar, deve existir uma fase de reflexão por parte dos pais, onde são observados os sinais do bebé e efetuado o pedido de permissão;
- O contacto visual pais/bebé durante o toque deve ser mantido;
- Após o ato de tocar e o posicionamento correto do bebé, deve ser feito um toque de contenção final;
- Envolver o bebé num tecido (fralda, manta), deixando os braços na linha média do corpo, as mãos próximas da boca do bebé e as pernas fletidas;
- Pegar o bebé ao colo, quando permitido, com contacto pele a pele, se possível;

- O toque positivo pode ser adaptado a todos os cuidados diários com o recém-nascido:
 - Estratégias como mudar a fralda com o recém-nascido posicionado,
 - Pesar o recém-nascido com o ninho,
 - Dar o banho por partes mantendo a contenção do corpo e usá-la igualmente durante os procedimentos proporcionando a segurança e os limites de que o bebê precisa.

4 - CONCLUSÃO

A análise que se faz após terminar este trabalho é de que os objetivos foram atingidos na íntegra.

A gravidez é na maioria das vezes um momento especial onde estão envolvidos sentimentos muito profundos que envolvem a figura imaginada de um bebé saudável e bonito. A formação de vínculo entre pais e filhos é um processo que se inicia no nascimento e vai sendo construído com o passar do tempo.

Quando os acontecimentos não correm como o esperado e o bebé real saudável não corresponde ao sonhado, os pais têm que mobilizar recursos para conseguir dar resposta à nova realidade. Esta passa muitas vezes pelo internamento numa unidade de cuidados intensivos neonatais, o que implica a adaptação a toda uma dinâmica hospitalar de equipamentos tecnológicos, alarmes constantes, procedimentos invasivos e rotinas instaladas.

Estes bebés podem passar longos períodos de tempo internados nas unidades de cuidados intensivos neonatais, que pelas suas características próprias podem inibir os pais a se relacionarem mais intimamente com os filhos. Entretanto os bebés vão crescendo e os pais não se sentem à vontade ou desconhecem a forma de os ir estimulando.

Existem atividades que os pais podem desenvolver direcionadas para o estímulo de cada um dos cinco sentidos. A audição pode ser estimulada através de voz dos pais desde que seja de forma suave, calma e dirigida. A visão do bebé é muito limitada aquando do nascimento mas podem-se utilizar estratégias tais como o permanecer no seu campo visual. O paladar pode ser adiado numa unidade destas pois muitos bebés fazem nutrição entérica ou mesmo parentérica, mas pode-se colocar as mãos próximas da boca facilitando a sucção não nutritiva. O olfato do bebé é apurado e uma forma de o estimular é colocando junto dele um tecido com o odor dos pais. O tato pode ser estimulado através do toque mas com algumas condicionantes que os pais devem conhecer.

A mobilização destes conhecimentos por parte dos pais fá-los-á sentir mais implicados nos cuidados aos seus filhos, mais incentivados a estimular os seus sentidos e subsequentemente a promover o seu desenvolvimento e a relação de afeto.

5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, A. M. A.; Santos, I. M. M. Porto, F.; Figueiredo, N. M. A.(2003) *Cuidados para o recém-nascido enfermo*. In: Figueiredo, N. M. A. (org) *Ensinando a cuidar da mulher, do homem e do recém-nascido*.4ª ed. São Paulo: Difusão enfermagem. Cap.10. p.381-412.
- Andrade, M.A. (2004). *Assistência ao Recém-nascido de Risco*. 2ªed., São Paulo, 202p
- Bee, H. (2003). *A criança em desenvolvimento*.4ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.612p.
- Bowlby, John (1990). *Apego*. 2ª ed., Martins Fontes, São Paulo.
- Brazelton, T. B. (1988). *O desenvolvimento do apego: uma família em formação*. Porto Alegre:Artes Médicas.
- Brazelton, B.; Cramer, B. (1989). *A relação mais precoce: Os pais, os bebês e a interação precoce*. Lisboa: Terramar
- Brazelton, T. B. (2009). *O Grande Livro da Criança. O Desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. Editorial Presença, Queluz de Baixo, Maio2009, 11ª. ed., 535 p.
- Busnel, M.-C. (1997). *A linguagem dos bebês*. São Paulo: Escuta.
- Canotilho, M. M. (2002). *Método Mãe-Canguru de assistência ao recém-nascido de baixo peso: mudando práticas e humanizando a assistência*. *Temas sobre Desenvolvimento*. V.11, n.63, p.30-36, 2002.
- Condon, W.; Sander, L. (1975). *Synchrony de monstrated between movements of the neonate and adult speech*. *Child Development*. P. 456-462.

Gomes-Pedro, João Carlos (1985). *A Relação Mãe-Filho: Influência do Contacto Precoce no Comportamento da Díade*. Imprensa Nacional-Casa da Moeda, Lisboa.

Klaus, M. H.; Kennell, J. H. (2000). *Vínculo. Construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

Klaus, Marshall H.; Klaus, Phyllis H. (2000). *Seu surpreendente recém-nascido*. Editor: Artmed

Papalia, D. E; Olds, S. W. (2000). *Desenvolvimento Humano*. 7 ed, Porto Alegre: Artmed.

Sá, Eduardo (1992). *O dedo de ET*. In: Pais. Lisboa, Junho. P. 42-45

Silva, R. N. M. (2006). *Intervenção no Período Neonatal: Educação Continuada*. Rio de Janeiro.

Schneider, V. (2005). *Massaje Infantil: Guia Prática para el Padre y el Madre*. Barcelona: Medici, 156p

Stern, Daniel (1980). *Bebé-Mãe : Primeira Relação Humana, Moraes*. Lisboa.

ANEXO VI

Guia orientador para pais “Como estimular o seu bebé”

GUIA ORIENTADOR PARA PAIS

COMO ESTIMULAR O SEU BEBÊ



Professora: Regina Ferreira
Mestranda: Fátima Gonçalves

Janeiro 2014

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL

Um bebê de risco pode precisar de estar horas, dias ou semanas numa Unidade de Cuidados Intensivos.

O momento pode ser aproveitado pelos pais para estimular o seu bebé com o fim de:

- Promover o seu desenvolvimento;
- Estabelecer uma relação de afeto.



Na nossa cultura,
persiste ainda a convicção, de que
o recém-nascido não possui capacidades
sensoriais
(não vê, não ouve, não comunica...).

Mas a realidade é bem diferente...



AUDIÇÃO

A audição começa no útero e é aguda mesmo antes do nascimento. Nos últimos meses de gestação, a capacidade de ouvir do bebê já está completamente desenvolvida, e quando do nascimento, todos os componentes estruturais do ouvido já estão maduros.



Orientações aos pais para o estímulo da audição

- O bebê já ouve as vozes dos pais, devem falar para ele, de forma calma, suave e dirigida;
- Caso seja evidente que o bebê não suporta a voz humana e o toque simultaneamente, devem falar em primeiro lugar e só depois tocar o bebê.
- Nos vossos monólogos devem manifestar elogios ao bebê, tais como “*queus bebês Caixa de texto*”
- Podem colocar junto do bebê, brinquedos com sons suaves;
- Utilizar a música individualizada. A música suave ajuda a relaxar e induz o sono e não deve ser ouvida por períodos longos, mas de 10 a 15 minutos; o som dentro da incubadora deve ser evitado;
- Uma gravação das vozes dos pais (com volume baixo e num momento de expressão de alegria) pode ser utilizada quando estiverem ausentes;
- O primeiro colo é fundamental para permitir a audição dos batimentos cardíacos da mãe, a que o bebê estava habituado no período intrauterino;
- Podem falar e cantar para o bebê, projetando a voz de diferentes direções (mudando a posição), para que o bebê movimente a cabeça nesse sentido (num ~~estação~~ de desenvolvimento mais avançado).



VISÃO

A visão desenvolve-se alguns meses antes do final da gestação; é o último sentido a desenvolver-se. No ambiente intrauterino escuro, os bebês apresentam um reflexo protetor de fechar com força os olhos contra a luz forte - *reflexo de piscar*.



Orientações aos pais para o estímulo da visão

- Atendam a que a interação olho a olho é significativamente limitada, mas vai aumentando gradualmente;
- Solicitem o posicionamento do bebê, sempre que possível, com o rosto voltado para a vossa direção, mesmo que ele esteja com os olhos fechados;
- Solicitem a remoção dos óculos de fototerapia, sempre que possível, para que possam visualizar o rosto do bebê;
- Quando o bebê abrir os olhos em reposta à vossa voz, interrompam a interação verbal e tentem o contacto olho a olho, já que este é momentâneo;
- Antes de ser introduzido outro estímulo como o tocar, falar, etc. primeiro devem olhar para o bebê;
- Permaneçam no campo visual do bebê enquanto falam com ele, para que ele comece a fazer uma associação entre os vossos rostos e vozes;
- Coloquem o bebê na posição vertical (> 30°) com os olhos protegidos da luz e movimentem-no suavemente de um lado para o outro, para que ele esteja de olhos abertos por um período de tempo maior;
- De forma individual, pode experimentar que o bebê siga um objeto atraente, com contornos definidos;
- Experimentem que o bebê siga um objeto, caso ele não tenha conseguido fazê-lo antes.



PALADAR

O bebê ainda "in utero", já tem paladar e é capaz de exercitá-lo. Na vida intrauterina, o feto vai frequentemente com as mãos à boca, sugando o dedo e deglutindo o líquido amniótico.



Orientações aos pais para o estímulo do paladar

- Caso o bebê não esteja a ser alimentado por via oral, proporcionar-lhe a oportunidade de estar com as suas mãos próximas da boca, facilitando a sucção não nutritiva (melhora a oxigenação, ajuda a estabelecer a pressão intracraniana, aumenta os períodos de sono profundo e prepara o bebê para o aleitamento materno);
- Iniciar o aleitamento materno, logo que possível;
- Quando o bebê está a ser alimentado por gavage, pode humedecer a sua boca e lábios com leite materno, caso não haja contraindicação do ponto de vista clínico;
- Pode ser colocada sacarina no biberão de leite, cujo sabor não seja tolerado pelo bebê;
- As soluções de dextrose, ajudam a acalmar o bebê, no entanto, não devem ser administradas sem supervisão dos enfermeiros, em função do estado clínico do bebê.



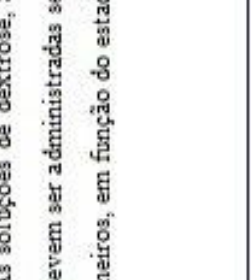
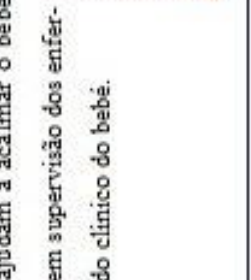
OLFACTO

A partir da sétima semana de gestação surge o olfato. O cheiro do líquido amniótico age como elemento de ligação entre a vida intrauterina e o leite materno. Ao nascer, o bebê não faz diferença entre o odor deste líquido e o colostro e, mais tarde, o leite materno.



Orientações aos pais para o estímulo do olfato

- O bebê tem um olfato apurado, sentindo o seu cheiro e o do leite materno;
- Pode colocar um tecido (fralda, bonaco de tecido apropriado) em contacto com os seus seios e deixá-lo dentro da incubadora, mudando o local de forma periódica, para que o bebê direcione a cabeça para esse sentido;
- O pai pode igualmente deixar um tecido impregnado com o seu odor;
- Quando possível, deve colocar o bebê nos seus braços e em contacto pele com pele.



TATO

A pele é o maior órgão sensorial do bebé e é sensível a muitos estímulos. A partir da 16ª semana de gestação o bebé possui sensibilidade em todo o corpo. A pressão, dor, prazer, temperatura e fricção são elementos sentidos pelo tato.



Benefícios do toque para os bebés:

- Facilita o crescimento (aumenta o peso) e o desenvolvimento do recém-nascido (melhora a atividade motora; aumenta o estado de alerta, promove o conhecimento do corpo, a autoestima);
- Reduz o stress (liberta hormonas promotoras de bem-estar);
- Promove a saúde (bem-estar, relaxamento);
- Reduz alguns tipos de dor (libertação de substâncias úteis no alívio da dor);
- Facilita a relação pais/filho (amor, conforto, carinho, confiança, respeito, cumplicidade).



Benefícios do toque para os pais:

- Promove o conhecimento do bebé;
- Estimula o vínculo pais/filho;
- Aumenta a confiança;
- Melhora a comunicação;
- Aumenta o tempo de qualidade com o bebé;
- Induz o relaxamento;
- Diminui a ansiedade e o stress - previne depressões pós-parto;
- Aumenta a prolactina (substância que ajuda na produção do leite materno);
- Promove a saúde .



Orientações aos pais para o estímulo do tato



- O bebé sentir-se-á reconfortado com a presença e toque dos pais;
- Os pais devem ter as mãos aquecidas antes de tocar no bebé;
- O toque no recém-nascido pré-termo não deve ser em forma de carícia e com a ponta dos dedos, mas sim firme, profundo e acolhedor, de forma a fazer contenção e transmitir limites e segurança;
- A mãe pode tocar o pai e vice-versa de forma superficial e profunda, questionado o outro sobre o tipo de toque que prefere para que a dequem a intensidade do toque ao bebé ao que sentem na sua mão;
- Previamente ao ato de tocar, deve existir uma fase de observação por parte dos pais, aos sinais do bebé para ver se está disponível;
- O contacto visual pais/bebé durante o toque deve ser mantido;
- Após o ato de tocar e o posicionamento correto do bebé, deve ser feito um toque de contenção final;
- Envolver o bebé num tecido (fralda, manta), deixando os braços na linha média do corpo, as mãos próximas da boca do bebé e as pernas fletidas;
- Pegar o bebé ao colo, quando permitido, com contacto pele a pele, se possível;
- O toque positivo pode ser adaptado a todos os cuidados diários com o recém-nascido:



- Estratégias como mudar a fralda com o recém-nascido posicionado,
- Peser o recém-nascido com o ninho,
- Dar o banho por partes mantendo a contenção do corpo e usá-la igualmente durante os procedimentos, proporciona a segurança e os limites de que o bebé precisa.



Anexo VII

Resumo do artigo “Effects of a Father-Based In-Home Intervention on Perceived Stress and Family Dynamics in Parents of Children with Autism”

Quadro nº 6 – Resumo do artigo “Effects of a Father-Based In-Home Intervention on Perceived Stress and Family Dynamics in Parents of Children With Autism”

TITULO	Effects of a Father-Based In-Home Intervention on Perceived Stress and Family Dynamics in Parents of Children With Autism
AUTORES	Roxanna M. Bendixen, Jennifer H Elder; Susan Donaldson; John A. Kairalla; Greg Valcante; Richard E. Ferding
PALAVRAS-CHAVE	Autistic disorder; child rearing; family relations; father-child relations; stress, psychological.
METODOLOGIA	Foi utilizado um desenho de uma pesquisa quase-experimental.
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	Nível III, de acordo com Guyatt e Rennie (2002)
OBJETIVOS	Examinar o stress sentido a nível materno e paterno e o funcionamento familiar antes e depois de uma intervenção de treino dos pais em casa.
POPULAÇÃO	Dezanove crianças com autismo (idades 3-8 anos) e seus respetivos pais participaram deste estudo. A amostra de crianças incluía 18 meninos e uma menina e quatro etnias.
TEMAS ABORDADOS	Fundamentação teórica: O transtorno do espectro do autismo (ASD), incluindo o autismo clássico, é um complexo distúrbio neurológico que começa na primeira infância e persiste na idade adulta. As pessoas com ASD exibem diferentes níveis de deficits nas interações sociais, comunicação verbal e não-verbal, e comportamentos repetitivos e interesses. A prevalência de ASD tem continuado a aumentar significativamente; a ocorrência relatada entre as crianças nos Estados Unidos é estimada em tantos como 1 em 90 nascimentos. ASD varia muito em termos de gravidade e sintomas. Normalmente, as crianças com autismo clássico demonstram deficiências na capacidade de fazer amigos, com os colegas e iniciar ou manter uma conversa com outra pessoa. Muitas vezes mostram uma falta de jogo imaginativo ou social, uma preocupação com certos objetos, e uma adesão inflexível a rotinas ou rituais. Muitos destes comportamentos interferem com tarefas

funcionais diárias e requerem cuidados adicionais para gerir e facilitar o desempenho funcional. As muitas características comportamentais associadas ao autismo têm sido motivo para aumentar as exigências sobre os pais, aumentando o stress parental e o subsequente sofrimento psicológico. Foi demonstrado que as mães de crianças com autismo têm níveis significativamente mais elevados do stress parental e funcionamento psicológico negativo do que as mães de crianças sem autismo. Relatou-se que embora as mães tivessem maiores taxas de stress e maiores taxas de depressão, os pais tiveram mais dificuldades em interagir com os seus filhos com autismo. Poucos estudos têm explorado os efeitos de uma intervenção em casa que provoquem mudanças nos níveis de estresse dos pais. A literatura indicou claramente que os pais de crianças com autismo experienciam altos níveis de stress e que intervenções destinadas a melhorar as interações entre pais e filhos e os comportamentos difíceis da criança podem reduzir o stress em ambos: mães e pais. Tem-se demonstrado que os pais têm uma influência significativa sobre o desenvolvimento do seu filho, e que interações pai-filho saudáveis demonstraram afetar positivamente o desenvolvimento da criança. A evidência sugere que as intervenções em que os pais são ensinados a relacionar-se, a jogar, e sincronizar-se com o foco de atenção do seu filho podem ser mais eficazes do que uma aproximação diretiva para crianças com autismo, que têm dificuldade em estabelecer a atenção conjunta e aprender com a intervenção.

Método

Projeto de Pesquisa: Foi utilizado um desenho de uma pesquisa quase-experimental para examinar o stress sentido a nível materno e paterno e o funcionamento familiar antes e depois de uma intervenção de treino dos pais em casa.

Os participantes: Os critérios de inclusão das crianças participantes consistiram em (1) um diagnóstico de transtorno autista de acordo com os critérios do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; (2) valores acima de corte em cada subescala do Autism Diagnostic Interview Revised e Agenda de Observação de Diagnóstico de Autismo;

e (3) residência a uma distância igual ou inferior a 150 milhas do local do estudo. Os pais eram incluídos no estudo se fossem pais biológicos residindo com o seu filho autista e concordassem em ser filmados com o seu filho durante o protocolo de 12 semanas. Aplicaram-se os critérios de inclusão e exclusão idênticos para as mães que concordaram em participar

Instrumentos

Foram utilizadas várias escalas aprovadas, para avaliação tanto das crianças como dos pais. O Parenting Índice-Short Form Stress (PSI) é um questionário de autorrelato que avalia o stress em pais de crianças da idade da amostra.

Intervenção

Relataram-se resultados de stress sentido a nível materno e paterno e o funcionamento familiar antes e depois da intervenção de formação aos pais em casa. Depois da formação, os pais foram orientados para usar as estratégias em interações diárias com os seus filhos com autismo e para treinar as mães. Os pais eram diretamente treinados para usar quatro estratégias destinadas a promover a interação social e a reciprocidade entre pais e filhos em crianças com autismo. A intervenção de treino do pai continha os seguintes componentes:

1. Seguir o exemplo da criança no jogo em vez de se sentar passivamente ou direcionar a criança;
2. Imitar vocalizações e movimentos da criança de uma maneira exagerada, alegre e animada para melhorar interações básicas de jogo;
3. Proporcionar sinais claros (ou seja, as expressões faciais, pedidos verbais, rotulagem) e esperar ansiosamente que a criança a responda em vez de efetuar um questionamento diretivo contínuo; durante este tempo, a atenção é focada ansiosamente sobre a criança, terminando com a resposta desejada da criança ou uma linha parental, se a resposta não ocorrer depois de um espaço de tempo;
4. Comentando sobre ações, respostas da criança, ou verbalizações em vez de fazer perguntas (o comportamento parental mais comum).

Colheita de Dados

A formação e a colheita de dados ocorreram nas casas dos participantes

numa sala em que a criança estava mais frequentemente exposta a interações familiares informais (por exemplo, sala de família). Procedeu-se à intervenção no grupo de pais e mães no início do estudo e após a última sessão em casa antes de o estado de manutenção. Os assistentes de pesquisa, completaram com sucesso o treino extensivo em protocolo do estudo, filmando independentemente pai-criança e mãe-filho em casa sessões de jogo 2 vezes/semana para o estudo de 12 semanas.

Análise de Dados

A análise primária envolveu um projeto de pré-teste e pós-teste para examinar as mudanças ao longo do estudo. Numa análise secundária também se analisaram os componentes individuais do investigador para a mudança durante o estudo.

Resultados

A análise envolveu dados agrupados em todas as 19 crianças e os seus pais. Note-se que não houve significativa relação antes da intervenção com crianças e no relatório do pai e da mãe sobre stress (questionário PSI) ou adaptabilidade familiar e coesão.

Pais

Descobriram que nenhuma das alterações na análise secundária (pontuações nos itens do questionário) foram estatisticamente significativas, embora cada um dos componentes tenha mostrado uma redução estimada durante o estudo. O maior efeito, segundo o questionário, para os pais foi o componente criança difícil, com uma diminuição de 36,2-32,8

Mães

Não foram encontradas alterações significativas nas pontuações das mães no pós-teste, e as diferenças significativas permaneceram entre pais e mães nas pontuações de adaptabilidade.

Discussão

Como observado anteriormente, muita investigação tem incidido sobre as vidas complexas e os desafios diários enfrentados por famílias de crianças com autismo. Os resultados foram consistentes com este ponto

de vista pois as mães e os pais relataram níveis extremamente elevados e comparáveis de stress, no questionário antes da intervenção.

Com base nos dados normativos do questionário, as pontuações dentro do Percentis 15 ao 80 são considerados normais. Altas pontuações são percentil>85, e percentil>90 são considerados clinicamente significativos. As pontuações para os pais, nas áreas dos itens do questionário sobre stress dos pais, na *Interação Disfuncional Pai-filho* e *Criança Difícil*, assim como no *Total*, demonstraram que os pais experienciavam níveis de estresse clinicamente significativos antes da intervenção. Embora as comparações das pontuações pré-intervenção e pós-intervenção não tenham sido estatisticamente diferentes, cada pontuação ficou abaixo do intervalo clinicamente significativo após a intervenção. Duas das áreas do questionário, *Criança Difícil* e *Total*, foram observados nos pais, mas *Aflição Parental* (que se centra no sentido de competência parental, stressores associados com restrições colocadas noutros papéis da vida, conflitos dentro da família, falta de apoio social, e possível presença de depressão) foi observada apenas nas mães. Este achado é coerente com outra literatura em que as mães muitas vezes apresentam taxas mais elevadas de depressão, especialmente quando falta apoio emocional e social. Ambos os grupos de pais parecem ter sido positivamente afetados pela intervenção de 12 semanas, como evidenciado pela diminuição observada, em média, nas pontuações do questionário total e dos componentes no pós intervenção. É interessante que, embora os pais tenham sido os destinatários de treino primário em vez das mães, as reações do pai à intervenção pareceram variar mais do que a das mães.

Limitações á parte, as intervenções com os pais em casa, tal como aquelas a que se refere este estudo, têm-se mostrado muito promissoras para as famílias de crianças com autismo. O nosso estudo mostrou que ensinar aos pais estratégias para se relacionar, comunicar, e gerir os seus filhos também podem afetar positivamente a dinâmica familiar. Os nossos resultados preliminares também demonstram que os pais podem ser os principais alvos dos programas base em casa e podem efetivamente aprender intervenções importantes para interagir

e promover habilidades de reciprocidade e coesão social com os seus filhos com autismo. A complexidade de cuidados necessários por muitas crianças com autismo e suas famílias muitas vezes requer uma equipa interdisciplinar de interventores. Este projeto é trabalhado em parceria com a terapia ocupacional, a enfermagem e a educação especial. Juntos, têm mostrado o valor de expansão dos papéis individuais para trabalhar como uma equipa para fornecer intervenções abrangentes de base em casa. Mais importante, os enfermeiros são muitas vezes, os primeiros a reunirem-se com os pais de crianças com autismo e a ajudar as famílias a entenderem e a ajustarem-se ao diagnóstico.

Limitações ao estudo

O pequeno tamanho da amostra e a falta de um grupo de controle pode limitar a nossa capacidade de deduzir que a intervenção só por si afetou diretamente os níveis percebidos de stress e da dinâmica familiar. Além disso, como o foco principal do estudo foi avaliar os efeitos do programa de treino em casa na aquisição de competências por pais e reciprocidade social e habilidades de comunicação pelas próprias crianças, as conclusões devem ser tiradas com cuidado.

Anexo VIII

Resumo do artigo "Parent/Grandparent-Child Interactions and their Influence on Child Development"

Quadro nº 7 – Resumo do artigo “Parent/Grandparent-Child Interactions and their Influence on Child Development”

TITULO	Parent/Grandparent-Child Interactions and their Influence on Child Development
AUTORES	Natchanan Chivanon, Chintana Wacharasin, Pissamai Homchampa, Rutja Phuphaibul
PALAVRAS-CHAVE	Parent/grandparent-child interactions; Ethnographic study; Industrial setting; child development
METODOLOGIA	Foi desenvolvida uma abordagem etnográfica para pesquisar a influência das interações dos pais/avós da criança.
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	Nível III, segundo Guyatt e Rennie (2002)
OBJETIVOS	O objetivo do presente estudo foi o de explorar a influência das interações pais/avós da criança no desenvolvimento da criança, nas famílias com crianças entre 13-36 meses de idade, que vivem numa área industrial na costa leste da Tailândia.
POPULAÇÃO	Originalmente, 25 famílias, com um filho entre 13-36 meses de idade aceitaram participar no estudo. No entanto, três famílias retiraram-se durante o processo de colheita de dados por causa de se movimentarem fora da área ou por não terem tempo suficiente para fazer parte do processo de entrevista. Assim, 70 membros de família de 22 famílias (22 crianças, 22 mães, 20 pais e seis avós) participaram no estudo. Devido ao facto dos pais de duas das famílias serem separados, apenas 20 pais participaram do estudo. As 22 famílias mostraram-se suficientes para a saturação de dados qualitativos.
TEMAS ABORDADOS	Fundamentação teórica: As interações entre pais e criança são importantes porque influenciam a capacidade da criança para aprender e desenvolver comportamentos positivos. A literatura indica que interações entre pais e criança são fundamentais para o desenvolvimento do seu filho no que diz respeito a: capacidade cognitiva; comunicação e competência linguística; motivação para explorar e aprender sobre o mundo; compreensão de si e

dos outros; e desenvolvimento de relações sociais positivas. Tem-se verificado que os três primeiros anos de vida são extremamente importantes para a formação da personalidade da criança. A cultura desempenha um papel fundamental na socialização de indivíduos na sua infância. Estruturas culturais e sociais, costumes e sistemas de valores influenciam a forma como os pais criam os seus filhos. A mudança de uma sociedade agrária para uma sociedade mais industrializada tem levado o Povo tailandês a fazer mudanças na sua estrutura social e modo de vida, incluindo: alterações na vida e nas condições de trabalho; mudanças nas crenças e valores e sistemas; modificações no estilo de vida; alterações nas práticas de saúde; e, alterações na educação dos filhos. Como resultado, estes homens e as mulheres têm desenvolvido uma cultura de educação dos filhos que é muito diferente do tipo de educação dos filhos anteriormente realizado na sociedade agrária. Alguns pais agora são incapazes de prestar cuidados em tempo integral aos seus filhos e necessitam de contar com os avós e creches/infantários na sua comunidade.

Método

Projeto: Utilizar uma abordagem etnográfica para a obtenção de informações sobre as interações pais/avós da criança relacionadas com a cultura, as atividades da vida e os comportamentos tradicionais dos participantes.

Considerações éticas: Todos os potenciais participantes foram informados sobre: a natureza do estudo; o que implicava o envolvimento no estudo (ou seja, entrevistas, observações, gravações de áudio/vídeo e anotações); anonimato e questões de confidencialidade; participação voluntária; e, o direito de se retirar do estudo a qualquer momento sem repercussões. Aqueles que consentiram participar assinaram um termo de consentimento ou deram consentimento verbal.

Participantes e local: Os potenciais participantes foram recrutados em oito fábricas e três centros de saúde na área industrial usada como um local de estudo. A área industrial foi selecionada porque estava na costa leste da Tailândia, onde numerosas migrações de pessoas ocorreram para o emprego. Os critérios para a inclusão das famílias era que pelo menos um dos pais: tivesse pelo menos 20 anos de idade; um filho entre 13-36 meses de

idade; trabalho na área industrial; estivesse disposto e disponível para participar no estudo; e, fosse capaz de comunicar. Membros de famílias que tiveram um histórico de doença de saúde mental, doença crônica ou problemas de saúde graves foram excluídos da participação.

Instrumentos: Dois instrumentos, um dispositivo de gravação e uma fonte secundária foram usadas para orientar o processo de colheita de dados. Os instrumentos incluíram uma folha de dados demográficos e um guia de observação/entrevista que incidiu sobre interações pais/avós e criança, enquanto o dispositivo de gravação era um gravador de áudio e vídeo. A única fonte secundária de informação era o registo de saúde ("Livro-rosa") de cada criança, que foi mantido nos respetivos centro de saúde dos seus pais.

Procedimento: O participante potencial era identificado (ou na sala de espera de uma das clínicas de saúde ou na sala de almoço de uma das fábricas), e informado sobre todos os procedimentos assim como os critérios de inclusão no estudo. 2 a 3 dias após foi marcada uma reunião em casa com o investigador principal. Para ganhar confiança e permitir que os participantes se familiarizassem, foram efetuadas 1-2 visitas, a cada casa, antes da colheita de dados. Para melhor compreender a vida quotidiana dos participantes, o investigador mudou-se para um apartamento perto do parque industrial e envolveu-se em atividades com os pais/avós e/ou seus filhos (ou seja, cantar; brincar com os brinquedos, e, ir para o parque infantil, centro de saúde, creche ou fábrica). De seguida o investigador e cada família participante acordaram uma hora marcada para realização de uma observação de 1,5 h a 2 horas e uma entrevista em profundidade aos pais/avós nas suas respetivas casas. O processo de colheita de dados completos levou 2-3 meses por unidade familiar.

A análise dos dados: Os dados demográficos foram analisados por meio de estatísticas descritivas, enquanto os dados observacionais da entrevista foram examinadas usando Estratégias de Roper e Shapira's para análise etnográfica. Todos os dados gravados foram transcritos na íntegra, e os dados de todas as notas de campo, escritas a partir de observações de fonte secundária, foram revistos. A análise foi realizada em simultâneo com a colheita de dados.

Confiabilidade: Para garantir a confiabilidade do estudo, utilizaram-se técnicas de triangulação, envolvimento prolongado, observações e verificações persistentes.

Resultados

Os dados emergiram nos seguintes temas:

Principais atividades pais/avós da criança: Interações pais/avós da criança, dentro das famílias, aconteceu nas cinco principais atividades de vida diária: alimentação, brincadeira, ensino, disciplina e cuidar da rotina diária. A brincadeira ocorreu como três tipos de atividades: jogo de movimento, brincar com brinquedo e jogo de faz de conta. No jogo de movimento, os pais gostavam de envolver-se em jogos como: “peak-aboo”, “patty-cake”, cócegas, andar a cavalo, atirar suavemente a criança ao ar e, em seguida, pegá-la e balançar levemente a criança de um lado para o outro. No brincar com brinquedo, foram preferidos quatro tipos de objetos pelas crianças, incluindo: brinquedos comerciais, objetos de cozinha (panelas, frigideiras, colheres, copos e garrafas de plástico), artigos de tocador de pessoas (escovas de cabelo, pentes, espelhos e batom) e elásticos. No entanto, porque não podiam comprá-los, sete (32%) mães revelaram que as suas crianças raramente brincaram com brinquedos comerciais. Estas mães também acreditavam que os brinquedos não eram úteis para as crianças, porque não podiam ser consumidos nem ser de uso funcional. Foram revelados três tipos de atividades de ensino: acadêmico, nomear e contar histórias. Na vertente do ensino acadêmico pais/avós ensinaram aos seus filhos o alfabeto Thai, o alfabeto Inglês e números. Acreditavam que essas atividades eram melhores para preparar os seus filhos para escrever e para estar prontos para a escola. Em nome de ensino, os pais/avós ensinaram aos filhos nomes de várias pessoas, membros da família, partes do corpo, e os animais. Seis (27%) famílias indicaram que contaram histórias aos seus filhos. Algumas mães não contavam histórias aos seus filhos porque nunca tinham experimentado, e não tinha ideia do que era ou como fazê-lo. A atividade de disciplina envolvia a instrução sobre o uso de regras de educação básicas, como cumprimentar as pessoas adequadamente, respeitando os outros, compartilhando com os outros, sendo educado, arrumando os brinquedos depois de brincar com eles e distinguir as ações

certas e as erradas. Foram identificadas as atividades de cuidado rotina diária, pelos pais/avós, como o mais importante interação pais/avós da criança todos os dias. Essas atividades envolviam tempo considerável, cada dia, e incluíram: tomar banho, vestir, comer, higiene oral, lavar e pentear do cabelo, e dormir.

Comportamentos dos Pais /avós e das crianças durante as interações: Os dados obtidos durante as gravações audio e vídeo das interações dos pais/avós com a criança durante a alimentação, o brincar, o ensinar, o disciplinar e o cuidar rotina diária revelou dois temas: interações positivas e interações negativas. As interações positivas foram categorizadas em forma de: incentivo e apoio. As interações negativas foram observadas a ocorrer em duas categorias: ignorando e ameaçando. Os comportamentos infantis também surgiram em duas categorias: cooperativo e não cooperativo. Um exemplo de interações não cooperativas, que tendiam a ocorrer quando os pais/avós ignoravam ou ameaçavam o seu filho, foram manifestados pela criança a jogar e a fazer atividades sozinha.

Interações positivas dos pais/avós e interações cooperativas de crianças: O incentivar de interações tal como as interações de apoio, dois tipos de interação positiva, foram manifestadas na maioria das famílias, 86% e 64%, respetivamente, durante a alimentação, o brincar, o ensinar, o disciplinar e o cuidar da rotina diária.

Interações negativas dos pais/avós e interações não-cooperativas das crianças: Interações Indiferentes, um tipo de interação negativa demonstrada pelos pais/avós, ocorreu em sete (32%) famílias, enquanto envolvidos na alimentação, no brincar, no ensinar, no disciplinar e no cuidar da rotina diária. Um exemplo de interações de ignorar e resposta não cooperativa ocorreu entre uma mãe e a sua filha de 31 meses, enquanto eles estavam a brincar no recreio durante uma hora. Interações de ameaça, outro tipo de interação negativa foram demonstradas pelos pais/avós, em seis (27%) das famílias envolvidas na alimentação, brincadeira, ensino, disciplina e cuidar da rotina diária.

Influências dos pais/avós da criança e interações no desenvolvimento da criança: Dados das entrevistas, observações, notas de campo e fonte secundária mostraram a influência das interações do pai-filho no

desenvolvimento infantil. Este desenvolvimento ocorreu em 4 categorias: físico, cognitivo, linguagem, e emocional e social.

O desenvolvimento físico: 14 Famílias (64%) relataram, que quando alimentavam os seus filhos ou jogavam com eles, desenvolviam uma série de atividades que promoviam o desenvolvimento motor grosseiro. Estas atividades incluíam: caminhada, movimento, corrida, rodar e chutar bolas, puxar e empurrar carros de plástico, brincar às escondidas, e brincar com bonecas ou brinquedos de plástico. Um exemplo retirou-se a partir de observações das interações entre uma criança e os seus pais, percebendo-se que a criança podia entender muitos gestos e comandos. Além disso, o desenvolvimento físico da criança foi normal, pois ele andava e pegava em brinquedos sem cair. Outro exemplo de desenvolvimento físico foi o de outro menino de 18 meses de idade. A sua avó pensou que a caminhada e a corrida ajudavam as crianças a tornarem-se mais fortes. Como resultado, ela incentivou o neto a caminhar e a correr. E de facto a partir de observações de interações entre a criança e a sua avó, notou-se que ela rastejava rápido, subia escadas, levantava-se sem apoio, andava com assistência, e puxava e empurrava o seu triciclo. Ela também entendia ordens simples. Alguns pais e avós disseram que a jogar com os seus filhos faziam exercício. Como resultado eram mais saudáveis e não tinham doenças. A partir de observações de interações entre uma criança e a sua mãe, observou-se a criança a correr bem e a chutar uma bola sem perder o equilíbrio. Também mostrou uma boa coordenação dedos-mão, assim como saltar com ambos os pés, manter um lápis entre os dedos, e construir uma torre de oito blocos. Numa ocasião, após se exercitar com a avó na esteira, a criança foi buscar o seu livro de colorir e desenhou árvores.

O desenvolvimento cognitivo: Foram realizadas atividades que requeriam a função cognitiva em 15 (68%) das famílias. Essas atividades incluíram ensinar às crianças: contagem de números, dedos das mãos e pés; identificar cores; aprender os nomes das pessoas, partes do corpo, nomes e sons de animais e do alfabeto. A partir de observações de interações entre pais e filhos, observou-se que um menino era capaz de reconhecer uma série de palavras, sabia o alfabeto de A a Z, contar do 1 ao 10, identificar cores e dizer os nomes de membros da família. Ele também usou os pronomes "eu" e

"Você", e falou sem parar. Ao falar sobre os seus brinquedos, apanhou-os e mostrou os que gostava. O pai como prêmio pelo sucesso na aprendizagem prometeu comprar-lhe um carro dos bombeiros e de facto, assim fez. Outro exemplo de desenvolvimento cognitivo foi demonstrado por um menino de 13 meses de idade. Como afirmado por sua mãe: "Quando o ensino a jogar jogos, tais como 'bye bye', eu ensino-o a usar a mão para fazer a onda. Quando ele consegue fazê-lo, sinto-me feliz. Porque ele entende o meu pedido, eu acho que o seu cérebro se desenvolveu. "Outro exemplo de desenvolvimento cognitivo foi demonstrado por um menino de 24 meses de idade. Desde que ele tinha 12 meses de idade a mãe tentou promover a sua memória, ensinando-o a nomear as coisas. A mãe declarou: "Eu quero que ele tenha uma boa memória. Vejo livros ilustrados com ele e falo com ele quase todos os dias. Do um aos dois anos de idade, tenho trabalhado com ele. Peço-lhe para apontar para uma imagem de um arco. Ele aponta para a imagem correta. Um dia, ele apontou para a imagem correta quase dez vezes. Eu estava tão animada. Era inacreditável como ele podia lembrar-se. Ele tem uma boa memória! "

O desenvolvimento da linguagem: O desenvolvimento de competências linguísticas durante as interações pais/avós da criança foi observado em nove famílias (41%). As atividades de competências linguísticas incluíram: aprender o alfabeto Thai e Inglês; verbalizar nomes dos pais e parentes; identificar objetos verbalmente; responder aos comandos verbais; leitura; e, escrevendo. A partir de observações de interações entre uma criança e a sua mãe, foi observado não apenas a memorizar o alfabeto tailandês, mas também para obedecer a sua mãe, como refere a mesma: "Quando lhe pedimos para falar, ela consegue. Quando lhe dizemos para fazer alguma coisa, ela consegue fazê-lo. Por exemplo, quando nós lhe pedimos para pôr de lado os seus brinquedos depois de brincar, ela coloca-os. "

Desenvolvimento emocional e social: O desenvolvimento de competências emocionais e sociais foi observado em 12 famílias (54%). Os tipos de atividades que tendem a ocorrer durante as interações dos pais/avós da criança incluem: expressões faciais de agradável e felicidade; vocalizações; abraços; sorrisos; e o riso. Os pais e avós muitas vezes declararam que ao brincar com os seus filhos os faziam felizes. Alguns dos jogos que jogaram

foram: "Ja-ae (peek-aboo)"; "Tob-pae (bolo patty)"; escondidas; cantar uma canção; brincar com os brinquedos; ir para o recreio; e brincar ao faz de conta. Os exemplos de comentários de pais/avós em relação ao desenvolvimento emocional e social referem: "Quando brincamos juntos, isso faz-nos exercitar e ser saudáveis. Ela sorri, é alegre e não muito exigente."; "Quando jogamos, ele ri alto, especialmente quando ele joga com o pai. Ri alto e faz muitos gestos."; "Eu acho que ele gosta de jogar. Faz com que ele seja feliz. Vejo-o rir. Não é muito exigente. Estou tão feliz. "; "Quando jogamos juntos, ela gosta de jogar "Numkang-sai" (gelo doce). Seguro-a nos meus braços e, em seguida, passo-a da esquerda para a direita. Parece que estamos a empurrar gelo de lado a lado. Ela ri alto e estou satisfeito."; Se não o tivéssemos ensinado, ele podia não falar assim como o faz. Eu acho que o ajudou a desenvolver mais rapidamente. Quando o deixo jogar, fá-lo alegremente. Levei-o ao parque infantil na nossa área industrial. Parecia que estava feliz lá, uma vez que havia muitas áreas de lazer. Quando lá chegou, ele andou e procurou um lugar para jogar."; "Sente-se feliz e diverte-se a jogar jogos, como o robô, e a disparar uma arma. Gosta muito. Sorri e ri em voz alta." A partir de observações de interações entre uma criança e a sua mãe, a brincarem a disparar uma arma "com a mãe a fingir que morre no chão". Depois, beijou a mãe. Noutra ocasião, a criança brincou a cavalo nas costas da sua mãe. Quando a mãe se baixou, a criança mudou o seu corpo para trás para imitar as ações de montar um cavalo.

Discussão

Os resultados revelaram que os pais/avós interagem com os seus filhos durante cinco grandes atividades diárias: alimentação, brincadeira, ensino, disciplina e rotina diária de cuidar. Foi interessante notar que, no que diz respeito às atividades de ensino, as conclusões foram consistentes com as pesquisas anteriores. Infelizmente, neste estudo, porque alguns pais não perceberam as contribuições de contar histórias e que não tinham experienciado enquanto crianças, apenas um pequeno número de famílias contou histórias aos seus filhos. Assim, é importante para os prestadores de cuidados de saúde eduquem os pais e avós sobre a importância de frequentemente contarem histórias, quer a partir de tradições orais quer a partir de um livro. Contar histórias pode aumentar a curiosidade das

crianças, a habilidade de leitura e a capacidade de concentração e atenção. Nas atividades de jogo, sete das mães tiveram atitudes menos positivas para com o jogo: viram o jogo como atividade que ou não era útil ou era um desperdício de tempo ou um desperdício de dinheiro. Portanto, o fortalecimento da consciência parental do significado do jogo é necessária entre a população do estudo, de modo que eles entendam como o jogar contribui para o desenvolvimento físico e social de uma criança. Não é necessário que os pais/avós comprem brinquedos caros aos seus filhos, mas existe a necessidade de fornecer-lhes atividades lúdicas e oportunidades de aprendizagem adequadas de acordo com suas habilidades e nível de desenvolvimento. Os pais precisam de reconhecer que brincar é considerado o "trabalho de uma criança". A análise ao comportamento dos pais/avós enquanto interagem com os seus filhos revelou duas categorias positivas (incentivando e apoiando) e duas categorias negativas (ignorando, e ameaçando). As crianças responderam aos pais com comportamento ou positivo (cooperativo) ou negativo (não cooperativo). Estes resultados são semelhantes aos achados anteriores, que notaram que o comportamento positivo infantil segue o comportamento positivo materno. Além disso uma interação solidária e sensível mãe-bebê é a base para pavimentar o caminho para o desenvolvimento de um relacionamento competente e ligação entre a mãe e a criança. Os resultados observaram que as interações dos pais/avós da criança influenciaram quatro tipos de desenvolvimento da criança: físico, cognitivo, da linguagem e emocional e social. Estes dados estão de acordo com a pesquisa anterior em que as interações entre pais e filhos foram identificadas como base para o desenvolvimento da criança. Todos os profissionais de saúde que trabalham com famílias que têm filhos pequenos, precisam entender a dinâmica das interações pais/avós da criança. Além disso, pode ser útil para desenvolver programas que ensinam e promovem interações positivas pais/avós/criança de modo a aumentar o desenvolvimento normal entre as crianças tailandesas.

Reconhecimento

Um agradecimento especial é estendido para o Conselho de Enfermagem e Obstetrícia da Tailândia para financiamento parcial desta pesquisa.

LIMITAÇÕES AO ESTUDO

Como todos os estudos, esta pesquisa tem limitações que precisam ser

considerados quando a aplicação dos resultados. Em primeiro lugar, apenas as famílias que trabalhavam em um ambiente industrial e tiveram as crianças 13-36 meses de idade foram participantes. O estudo também foi realizado em apenas uma área industrial, em uma província, da Tailândia. Portanto, generalizações dos resultados para outras configurações devem ser usadas com cautela.

Anexo IX

Resumo do artigo “Books, Toys, Parent-Child Interaction, and Development in Young Latino Children”

Quadro nº 8 – Resumo do artigo “Books, Toys, Parent-Child Interaction, and Development in Young Latino Children”

TITULO	Books, Toys, Parent-Child Interaction, and Development in Young Latino Children
AUTORES	Suzy Tomopoulos, MD; Benard P. Dreyer, MD; Catheri Tamis-LeMonda, PhD; Virginia Flynn, MS; Irene Rovira, PhD; Wendy Tineo, PhD; Alan L Mendelsohn, MD
PALAVRAS-CHAVE	Children`s books; developmental outcomes; early childhood; parenting; play
METODOLOGIA	Foi um estudo de coorte longitudinal, no qual as díades mãe-criança foram acompanhadas desde o nascimento até aos 21 meses.
NIVEL DE EVIDÊNCIA	Nível III segundo Guyatt e Rennie (2002)
OBJETIVOS	Descrever as inter-relações entre livros e brinquedos em casa, a interação entre pais e filhos, e o desenvolvimento entre crianças latinas de baixa renda aos 21 meses.
POPULAÇÃO	45 Crianças seguidas dos 0 aos 21 meses, para análise da interação entre pais e filhos.
TEMAS ABORDADOS	Fundamentação teórica: Os recursos que os pais fornecem às crianças, tais como livros e brinquedos, representam uma parte importante do ambiente cognitivo doméstico. No entanto, tem havido pouca pesquisa demonstrando o papel dos livros em crianças mais jovens do que 3 anos ou o papel dos brinquedos em qualquer idade. Alguns estudos demonstraram que os brinquedos no agregado familiar preveem resultados no desenvolvimento. Recursos como livros e brinquedos podem representar um meio de reforço da interação verbal, que é conhecido por ter um impacto substancial sobre os resultados do desenvolvimento da criança. Mães economicamente desfavorecidas são menos propensas a interagir verbalmente com as suas crianças; isto é, em parte, o resultado de baixos níveis de educação e também de depressão. Se há poucos brinquedos e livros, as interações verbais podem ser limitadas, colocando a criança em maior risco para os resultados adversos do desenvolvimento. A Academia Americana de Pediatria (AAP) recomendou que os pediatras deem orientações às famílias

em torno da escolha adequada de brinquedos e a incorporar a promoção da alfabetização nos cuidados primários. Neste estudo trabalha-se com a hipótese de que os livros e brinquedos em casa estariam relacionados com resultados no desenvolvimento e que a interação verbal entre pais e filhos seria responsável em parte por esses resultados.

Método

Design do estudo: A inscrição das díades mãe-criança foi realizada entre Agosto de 1999 e janeiro de 2002, durante o período pós-parto imediato no Bellevue Hospital Center. No momento da inscrição, avaliaram-se as duplas de mães e recém-nascidos latinos. O critério primário de inclusão para este estudo foi que a mãe não tivesse completado o ensino médio, colocando a criança em risco aumentado para atraso no desenvolvimento. Os critérios adicionais de inclusão foram criados para definir uma população relativamente homogênea em que a confusão foi minimizada e o acompanhamento fosse possível. Estes critérios foram planejados numa instituição de cuidados primários na: história de parto normal, gestação única, sem complicações médicas significativas, mãe com pelo menos 18 anos de idade, sem planos de dar o filho para adoção ou a assistência social. Os sujeitos foram participantes num estudo randomizado, controlado de uma intervenção em torno de desenvolvimento infantil, esta análise inclui apenas os controles.

Os dados obtidos

Características da Família

Ao nascer, os dados foram colhidos por meio de entrevista aos pais e incluíram o seguinte: sexo da criança, ordem de nascimento, peso ao nascimento e idade gestacional; idade da mãe, país de origem, educação e ocupação; e educação do pai, ocupação, e presença na casa.

Recursos no Lar

Aos 6 e aos 18 meses, foram avaliados os brinquedos e livros em casa. Avaliaram-se os livros que o cuidador provê à criança, atribuindo-se pontuações baseadas nas atividades de leitura em casa, incluindo número de livros infantis que o cuidador fornece e frequência de leitura. Também se atribuem scores para histórias antes de dormir, e diferentes variedades de livros infantis em crianças até aos 6 meses. Também se avaliam os

brinquedos que o cuidador provê à criança em casa. Para a criança infante, existem 3 categorias de brinquedos: Primeiro brinquedo infantil, brinquedo de Atividade/Manipulação, e Imaginação. Para a criança maior, existem 5 categorias: Jogo Simbólico e manipulação fina/adaptação e arte, linguagem, e estilo de vida.

Avaliação do Desenvolvimento Infantil

Aos 21 meses, o desenvolvimento cognitivo infantil e da linguagem foram avaliados. Cada avaliação foi realizada no idioma preferido da criança. A elegibilidade para os serviços de intervenção precoce foi determinada a partir de critérios do estado de Nova Iorque: a cognição ou a linguagem com 2 desvios-padrão abaixo da média, ou a 1,5 desvios padrão abaixo da média.

Avaliação da interação Verbal dos Pais e Criança

Aos 21 meses, a interação verbal entre pais e filhos foi medida por uma escala que pontua com base numa atividade lúdica livre em que a mãe e a criança são filmadas por 10 minutos com um conjunto padronizado de brinquedos. Oito itens relacionados com a interação verbal pai-filho foram utilizados nesta análise, 4 dos quais avaliaram os inputs de língua materna (quantidade e qualidade da língua materna dirigida para a criança), e 4 dos quais avaliaram comunicação mútua (mãe-criança responsividade verbal).

Análise Estatística

A associação entre os recursos, interação verbal entre pais e filhos e resultados de desenvolvimento foram avaliados pelo teste simples (correlação de Pearson), ajustada (regressão linear múltipla) e analisada sendo considerado como estatisticamente significativo.

RESULTADOS

Amostra do estudo

164 Famílias foram identificadas como preenchendo a elegibilidade dos critérios, dos quais 150 concordaram em participar. Destas 150 famílias 73 foram escolhidas aleatoriamente para um grupo de controlo nos quais não foram realizadas intervenções e foram incluídos nesta análise. 73 Famílias foram avaliadas aos 6 meses e 51 aos 18 meses e 46 aos 21 meses. Destes 46 completaram a avaliação do desenvolvimento cognitivo. No entanto, 2 de 46 crianças foram incapazes de concluir um teste, deixando 44 crianças para análise. Uma das 46 fitas de vídeo foi danificada, deixando 45 para análise

da interação entre pais e filhos.

Livros e Brinquedos no Lar

A média do número de livros que os pais leem com as crianças aumentou com a idade de 2,6 aos 6 meses para 7,9 aos 18 meses. A frequência de leitura passou de 2,1 dias por semana aos 6 meses para 3,5 aos 18 meses. Preditores do aumento da pontuação no teste foram: sexo masculino de criança, criança não primogénita, e mãe nascida nos Estados Membros. Preditores de scores aumentados em relação aos brinquedos incluem o sexo masculino da criança, o nível de escolaridade materna mais elevada e o pai morando em casa.

Associação entre os recursos e Desenvolvimento

Livros

Aos seis meses as atividades de leitura não preveem resultados. Em contraste, atividades de leitura aos 18 meses e 21 meses preveem desenvolvimento cognitivo, o desenvolvimento da linguagem e elegibilidade.

Brinquedos

Das categorias de brinquedos de 6 meses, apenas os primeiros brinquedos infantis foram significativamente relacionados com o desenvolvimento aos 21 meses. Primeiros brinquedos infantis pontuação preveem linguagem receptiva e linguagem total. Não houve associação entre Primeiros brinquedos infantis e cognição, linguagem expressiva, ou elegibilidade em 21 meses. Os brinquedos fornecidos aos 18 meses foram associados aos resultados aos 21 meses. Das 5 categorias de brinquedos avaliados aos 18 meses, os brinquedos Simbólicos e Manipulação fina/Adaptativa associam significativamente cada brinquedo a linguagem receptiva e linguagem global.

Associações entre pais com crianças, Interação Verbal, recursos e

Outcomes do desenvolvimento

Livros e brinquedos aos 18 meses foram, cada um associado à interação verbal entre pais e filhos, à linguagem principalmente materna. Os livros foram significativamente associados com a entrada da língua materna, mas não com comunicação mútua. Da mesma forma, os brinquedos foram relacionados com input da língua materna, mas não para a comunicação mútua

DISCUSSÃO

Neste estudo de coorte longitudinal, descobriu-se que os livros e brinquedos fornecidos pelos pais estavam associados com resultados no desenvolvimento em crianças latinas de baixa renda. Crianças com 18 meses de idade expostas a mais leitura têm melhor desenvolvimento cognitivo e da linguagem receptiva e estavam em menor risco para atender critérios de elegibilidade. Descobriu-se que brinquedos em casa aos 6 e 18 meses foram preditivos de desenvolvimento da linguagem receptiva, e foram associados com a diminuição da frequência de satisfação dos critérios de elegibilidade. Além disso, encontraram-se evidências de que algumas categorias de brinquedos estavam mais relacionadas com os resultados do desenvolvimento do que outros. Aos 6 meses, apenas os primeiros brinquedos infantis (tais como brinquedos com padrões e espelhos) previram linguagem. Aos 18 meses, os brinquedos de maior impacto foram Manipulação fina/Brinquedos adaptativos e brinquedos simbólicos para jogar. Sugere-se que a relação entre livros e brinquedos com resultados no desenvolvimento foi, em parte, relacionado com uma melhor interação verbal pai-filho. Ligando recursos à interação verbal pai-filho, estes resultados suportam a importância do papel dos pais em facilitar o impacto de livros e brinquedos no desenvolvimento das crianças. Um grande corpo da literatura existente documenta os efeitos de leitura em voz alta sobre os resultados a curto e a longo prazo mas a literatura que documenta efeitos de brinquedos é mais limitada. Concluiu-se que as leituras em voz alta e a oferta de brinquedos foram associadas com melhor cognição e desenvolvimento da linguagem da criança, bem como com a diminuição da probabilidade de elegibilidade. A interação verbal entre pais e filhos explicou parte desta relação. O trabalho adicional nesta área seria útil para os pediatras na prestação de orientações antecipatórias abordando a leitura em voz alta e fornecimento de brinquedos.

LIMITAÇÕES AO ESTUDO

Os autores não apresentam limitações ao estudo.

